Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 6. 9. Februar 1897. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70. 44. Jahrgang.

Originalien.

Beitrag zur Kenntniss der Diphtherie.

Von Professor Dr. *Dennig* in Tübingen.

Anlässlich der Prüfung des Diphtherieheilserums auf seinen therapeutischen Werth ist von verschiedenen Seiten auf die längst bekannte Thatsache hingewiesen worden, dass in den Einzelepidemien bedeutende Schwankungen hinsichtlich der Schwere der Fälle vorkommen, dass die eine Epidemie vorwiegend schwere Fälle mit besonders grosser Mortalität aufweist, während die andere einen leichteren Charakter zeigt. Demnach schwankt auch die Sterblichkeit in den Einzelepidemien zwischen 10 Proc. und 60 Proc. Man hat daher mit Recht vor übertriebenen Hoffnungen mit dem neuen Mittel gewarnt und auf die Legion von so vielen «ziemlich sicheren» Mitteln hingewiesen, welche fast alle nach kurzer Zeit in die medicinische Rumpelkammer gewandert sind. Man hat immer und immer wieder hervorgehoben, dass erst nach mehrjähriger Beobachtung und an der Hand von Sammelforschungen ein Urtheil über den Werth des Diphtherieheilserums gefällt werden könnte.

Die Mehrzahl der Beobachter scheint von der Wirksamkeit des neuen Stoffes überzeugt zu sein, und ich selbst bin der letzte, der ihm die Wirkung absprechen möchte.

Wenn nun die Aerzte, welche bei Diphtheriekranken von der Serumbehandlung keinen Gebrauch machen, in verschwindender Minderheit sich befinden, so gibt es eine grosse Anzahl, welche Bedenken trägt, die Immunisirung gesunder Personen vorzunehmen. Und das nicht mit Unrecht; denn es ist fraglos, dass sich auch bezüglich der Ansteckung die verschiedenen Epidemien verschieden verhalten. Es kann dies gewiss mancher Arzt, der eine Reihe von Jahren an einem Ort seine Praxis ausgeübt hat, bestätigen. Ich habe während meiner 8 jährigen Thätigkeit an der hiesigen Universitätspoliklinik mehrere Diphtherieepidemien zu beobachten Gelegenheit gehabt und bei diesen ist bei dem gleichbleibenden poliklinischen Material der genannte Umstand besonders aufgefallen. Ich muss hervorheben, dass bei der poliklinischen Clientel eine Isolirung der Kranken völlig unmöglich ist. Die Ueberführung in das Krankenhaus scheiterte in den allermeisten Fällen an dem Vorurtheil der Eltern, eine Absonderung der Erkrankten ist wegen der beschränkten Raumverhältnisse unmöglich. Hausen doch viele Familien in einer Stube; wenn es hoch kommt, steht ihnen noch eine unheizbare Nebenkammer zur Verfügung. Häufig haben wir gesunde und an Diphtherie erkrankte Kinder nicht nur in einem Zimmer, sondern in einem Bett angetroffen. Unter diesen Umständen liegen für die Uebertragung der Krankheit von einem Individuum auf das andere die Verhältnisse ausserordentlich günstig.

Sehen wir, wie sich 2 Epidemien mit ziemlich gleicher Mortalität in genannter Beziehung verhalten. Betonen muss ich noch, dass in den letzten 10 Jahren die Diphtherieepidemien in Tübingen-Lustnau einen leichten Charakter getragen; die Mortalität betrug nur 10—15 Proc., während früher nahezu die Hälfte der Erkrankten der Krankheit zum Opfer fiel.

Die erste Epidemie kam in dem 2 km von Tübingen entfernten Pfarrdorf Lustnau vor. Sie fällt in die zweite Hälfte des Jahres 1890 und den Anfang des Jahres 1891 und gestaltet sich folgendermaassen: [1])

Familie	Zahl der Kinder überhaupt	Erkrankte: Zahl	Erkrankte: Alter Jahre	Erkrankte: Geschlecht	Bemerkungen
H.	5	1	13	weibl.	
B.	5	3	4	„	
			5	„	
			6	„	
N.	3	2	4	„	
			11	männl.	
F.	5	1	24	weibl.	
A.	6	4	4	„	
			6	„	
			9	männl.	
			15	weibl.	
F.	2	1	3	„	
H.	6	1	26	„	
K.	5	4	7	männl.	
			8	„	
			11	weibl.	
			12	männl.	
F.	7	3	6	weibl.	
			8	„	
			10	„	
W.	4	1	4	männl.	†
Sch.	7	3	1½	weibl.	†
			3	männl.	
			9	„	
B.	4	1	3	„	Schwere Larynxstenose. Die Vornahme der Tracheotomie wird von den Eltern verweigert, das Kind genest.
H.	2	2	4	weibl.	
			5	männl.	
F.	2	2	4	weibl.	†
			6	„	†
Sch.	7	1	3 ½	männl.	†
F.	5	2	9	weibl.	
			14	männl.	
St.	6	2	13	weibl.	
			15	männl.	
St.	4	1	4	weibl.	
A.	7	1	16	männl.	
R.	3	1	8	„	
K.	3	1	5	weibl.	
M.	2	1	9	„	

[1]) Anmerkung: Sämmtliche Fälle sind bacteriologisch untersucht worden; die klinische Diagnose Diphtherie wurde in jedem Falle bestätigt. Auch sämmtliche Fälle von Angina wurden s. Z. einer bacteriologischen Untersuchung unterzogen.

Familie	Zahl der Kinder überhaupt	Erkrankte: Zahl	Alter Jahre	Geschlecht	Bemerkungen
W.	2	1	12	männl.	
B.	4	2	5	„	
			10	„	
H.	6	4	5	weibl.	
			8	männl.	
			11	„	
			13	weibl.	
F.	8	1			Nur die 39jährige Mutter erkrankt, alle 8 Kinder bleiben gesund.
R.	3	1	1½	weibl.	
H.	8	1	14	„	
W.	2	1	1	männl.	

Während dieser Epidemie wurden Angehörige von 29 Familien befallen. Die Familien bestanden aus 191 Köpfen, 110 Kindern unter 15 Jahren, 81 Erwachsenen. Die Zahl der Erkrankungen betrug 50, 46 Kinder und 4 Erwachsene. Familien mit nur einer Erkrankung waren es **17 = 58,6** Proc., mit mehreren Erkrankungen **12 = 41,4** Proc. Die Zahl der Todesfälle beträgt 5 = 10 Proc.

Die zweite Epidemie betrifft die Stadt Tübingen und zwar das Ende des Jahres 1893 und den Anfang des Jahres 1894. Die Tabelle zeigt folgende Verhältnisse:

Familie	Zahl der Kinder überhaupt	Erkrankte: Zahl	Alter Jahre	Geschlecht	Bemerkungen
K.	3	1	9	männl.	
H.	5	1	7	weibl.	
L.	4	1	3	männl.	†
Sch.	7	1	1	„	†
St.	10	1	7	weibl.	
H.	6	1	10	männl.	
F.	4	2	6	weibl.	Beide Kinder erkranken an demselben Tage.
			8	„	
J.	3	1	5	männl.	4 Wochen nach der ersten Erkrankung Recidiv.
Sch.	5	1	5	weibl.	
Sch.	2	1	7	männl.	
B.	5	1	5	„	
Sch.	3	1	5	„	
W.	8	1	10	weibl.	
L.	3	1	4	„	
R.	3	1	1	„	†
K.	5	1	3	„	†
B.	6	1	3½	„	†
K.	3	1	2	„	
H.	1	1	8	„	
St.	3	2	2	männl.	
			4	weibl.	
W.	8	4	4	männl.	†
			11	weibl.	
			12	männl.	
			13	„	
E.	7	1	8	weibl.	
Sch.	6	1	6	männl.	
M	5	1	9	„	
K.	6	1	13	weibl.	
V.	3	1	8	männl.	
S.	2	1	2	weibl.	
B.	6	1	2	männl.	
G.	4	1	2	weibl.	
L.	7	1	8	männl.	
E.	4	2	4	weibl.	Beide Kinder erkranken an demselben Tage.
			6	„	
K.	4	1	21	„	
K.	9	1	2	„	
H.	2	1	4	männl.	
G.	2	1	3	„	
K.	7	1	8	weibl.	

Von dieser Epidemie waren 36 Familien mit 237 Köpfen betroffen: 147 Kinder und 66 Personen über 15 Jahren. Die Zahl der an Diphtherie Erkrankten betrug 42 — 41 Kinder, 1 Erwachsener. Familien mit nur einer Erkrankung waren es **32 = 89** Proc., solche mit 2 und mehreren **4 = 11** Proc. In 2 Familien, in welchen mehr Fälle vorkamen, erkrankten die Kinder an ein und demselben Tage. Die Mortalität betrug 14,3 Proc.

Stellen wir die beiden Epidemien einander gegenüber bezüglich der Häufigkeit der Erkrankungen in den einzelnen Familien, so ergibt es sich, dass in dem unter weitaus günstigeren Lebensbedingungen stehenden Dorf Lustnau in **41,4** Proc. der Familien mehrere Erkrankungen vorkamen, in Tübingen dagegen, wo die Möglichkeit der Ansteckung eine grössere ist, nur **11** Proc. der Familien Mehrerkrankungen aufweisen und dazu noch bei grösserer Mortalität. Der Unterschied ist ein ganz evidenter. Wären in der zweiten Epidemie Schutzimpfungen vorgenommen worden, so hätte man post hoc ergo propter hoc ein grosses Loblied auf die Serumwirkung singen müssen.

Wir müssen annehmen, dass bei der Diphtherie wie bei vielen anderen Infectionskrankheiten eine gewisse zeitliche Disposition besteht. Während einmal die Zahl der Erkrankungen bei Personen, welche in einem engen Raum zusammenleben, eine grosse ist, ist sie ein anderes Mal eine sehr geringe. Wassermann (Ueber die persönliche Disposition und die Prophylaxe gegenüber Diphtherie. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, Bd. XIX, 1895; Referat Münchener medicinische Wochenschrift 1895, S. 453) nimmt auf Grund seiner Untersuchungen an, dass bereits im Kindesalter eine grosse Anzahl von Individuen von der Natur mit Schutzvorrichtungen gegenüber der Diphtherie ausgestattet ist, dass das Blut solcher Individuen stark antitoxische Wirkung hat. Ob das verschiedene Verhalten des menschlichen Blutserums die einzige Ursache der Verschiedenheit in der persönlichen Disposition darstellt, bleibt dahingestellt. Jedenfalls geben die Wassermann'schen Untersuchungen uns eine Erklärung.

Die vorstehenden Zeilen sollen nur zeigen, dass man bei der Beurtheilung der Immunisirungsversuche bei der Diphtherie vorsichtig sein muss, dass Mittheilungen über gewonnene Erfolge nur bedingten Werth haben können, dass auch hier erst mehrjährige Beobachtungen an der Hand eines grossen Krankenmaterials vielleicht Aufschluss geben werden.

Es ist noch hervorzuheben: Der Schutz nach Impfungen dauert höchstens 4 Wochen. Das Diphtheriegift haftet in bestimmten Räumen sehr lange Zeit; die Räume scheinen besondere, uns noch nicht bekannte Bedingungen bieten zu müssen. Spitäler werden in der Regel nicht verseucht, dagegen gelingt es oft nicht, Wohnhäuser, in welchen sich die Diphtherie festgesetzt hat, trotz aller Reinlichkeit, trotz aller Desinfectionsvornahmen frei zu machen.

Wenn die Frage, ob jeder Fall von Diphtherie mit Heilserum behandelt werden soll, unbedingt zu bejahen ist, dürfte sie bezüglich der Schutzimpfungen von den obigen Gesichtspunkten aus zum Mindesten mit einem non liquet beantwortet werden — wenigstens für die Behandlung in den Wohnhäusern. In ähnlichem Sinne haben sich bei der Gelegenheit einer Diphtheriedebatte im medicinisch-naturwissenschaftlichen Verein die Vorstände der hiesigen Anstalten ausgesprochen, d. h. sobald Diphtherie diagnosticirt ist, werden Injectionen mit Heilserum gemacht, Schutzimpfungen unterbleiben.

Herrn Professor Dr. v. Jürgensen spreche ich für die freundliche Ueberlassung des Materials meinen besten Dank aus.

Erfahrungen über die Schleich'sche Infiltrations-Anaesthesie[1]).

Von Dr. *G. Noack*, Giessen (früher in Stolberg, Rheinland).

Die auffallend geringe Beachtung, welche die bereits seit über zwei Jahren bekannte, von Schleich ausgebildete und ausführlich beschriebene[2]) Methode der durch künstliche Oedematisirung der Gewebe erzielten örtlichen Empfindungslosigkeit bei den Fachchirurgen gefunden hat, veranlasst mich, an dieser Stelle meine nunmehr zweijährigen Erfahrungen auf diesem Gebiete mitzutheilen, indem ich hoffe, damit zu einer Zerstreuung der noch mannigfachen Vorurtheile beizutragen, welche der allgemeinen Verbreitung und Anwendung des Schleich'schen Verfahrens bislang noch im Weg zu stehen scheinen. Und in der That sucht der Leser des Buches, in welchem Schleich sein neues Verfahren in klarer, fesselnder und überzeugender Weise darlegt, vergebens nach Gründen, um sich das ablehnende Verhalten der Fachgenossen gegenüber seinen lichtvollen Ausführungen logisch zu erklären; denn wenn seinem Verfahren auch auf die Dauer die Anerkennung und Nachfolge nicht vorenthalten bleiben konnte, so ist dieselbe doch noch nicht so allgemein, wie die Wichtigkeit der Sache es verdiente.

Indem ich aus einem neunjährigen Wirkungskreis ausscheide, der mir aus den mannigfachsten Industriebetrieben ein selten reiches Material an Unfallverletzungen und sonstigen chirurgischen Erkrankungsfällen unter die Hand führte, halte ich es angesichts der Thatsache, dass ich gerade mit diesem Zweig meiner Berufsthätigkeit für die Zukunft abgeschlossen habe, für meine Pflicht, auch meine Erfahrungen zur Popularisirung eines Verfahrens mitzutheilen, welches mir eine unentbehrliche Bereicherung meines Rüstzeugs sowohl am Operationstisch, wie in der Sprechstunde geworden ist und das ich unstreitig für berufen halte, Gemeingut nicht nur der Chirurgen von Fach, sondern ganz besonders auch der praktischen Aerzte zu werden.

Indem ich wegen der Einzelheiten des in Rede stehenden Verfahrens und seiner Technik auf die oben citirten Arbeiten des Begründers hinweise, ohne deren eingehendes Studium es nicht möglich ist, sich einen klaren Einblick in das Wesen seiner gewinnenden Ideen und speciell der Infiltrations-Anaesthesie, sowie ihrer Anwendung zu verschaffen, möchte ich zunächst einige Bemerkungen über die von mir damit gemachten Erfahrungen im Allgemeinen niederlegen.

Wie Schleich p. 151 ff. seines Buches ausführt, ist die Infiltration an sich — soweit man seine Vorschriften im Auge behält — gefahrlos, indem man in der verschiedenen Concentration seiner Infiltrationsflüssigkeiten ein sicheres Mittel hat, eine Ueberladung des Organismus mit giftigen Alkaloïden bei länger dauernden oder grössere Gebiete betreffenden Operationen zu vermeiden, da es nach seinen eingehenden Vorversuchen als ein frommer Wunsch betrachtet werden muss, eine vollkommene Localanaesthesie durch Infiltration mit indifferenten Flüssigkeiten zu erreichen; doch kann ich nicht verschweigen, dass ich bei Gelegenheit einer Cholecystotomie, sowie der Radicaloperation einer grossen Nabelhernie — wobei in beiden Fällen einmal die sehr fettreichen, massigen Gewebe der Bauchwand eine relativ grosse Menge Infiltrationsflüssigkeit benöthigten, während andererseits der Circulationsapparat der beiden in Frage kommenden Patientinnen nicht mehr ganz auf der Höhe normaler Functionstüchtigkeit stand — Erscheinungen leichter Cocaïnintoxication beobachtete, die allerdings folgenlos vorübergingen; dabei waren die von Schleich angegebenen Maximaldosen der angewandten Lösungen noch nicht überschritten. Nun, derartige Fälle sind mehr aus einer individuellen Empfindlichkeit gegen das betreffende Gift, als aus einem Mangel der Methode zu erklären, auch bin ich überzeugt, dass vermehrte Uebung und reichere Erfahrung mit der Methode derartige Complicationen vermeiden lehren, da man Anfangs leicht geneigt ist, mehr Infiltrationsflüssigkeit zu verwenden, als zur vollkommenen Anaesthesie nöthig ist.

Wenn man dem Verfahren zum Vorwurf gemacht hat, dass es ungebührlich zeitraubend sei und nur ein langsames Arbeiten zulasse, so muss ich dazu bemerken, dass das auf den ersten Anschein eine gewisse Berechtigung hat, denn es lässt sich nicht in Abrede stellen, dass das Operiren unter allgemeiner Narkose bequemer und rascher geht, zumal, wenn während der Vorbereitungen zur Operation die Narkose bereits durch einen Dritten eingeleitet wird, so dass sich an die Beendigung der Desinfection etc. sofort die nunmehr ohne Zeitverlust verlaufende Operation anschliessen kann; wo es sich jedoch um ein weniger zahlreiches Hilfspersonal handelt, wie z. B. bei kleineren Hospitalbetrieben und bei geringfügigeren Eingriffen in der Sprechstunde, dürfte ein Vergleich zu der doch nie absolut gefahrlosen Allgemeinnarkose der bei einiger Uebung in der Handhabung des Verfahrens wirklich nicht in Betracht kommende Zeitaufwand nicht so hoch anzuschlagen sein: Erspart man dafür doch auch die Einleitung der Narkose! Es muss nur, was auch Schleich selber betont, zur Vermeidung von unnöthigem Zeitverlust das Instrumentarium in tadellosem Zustand und durchaus functionstüchtig sein, was am ehesten durch regelmässigen Gebrauch und sorgfältige Aufbewahrung erreicht wird.

Was das nöthige Material[3]) an Spritzen und Nadeln anlangt, so habe ich die Erfahrung gemacht, dass die Metallgarnituren denjenigen aus Hartgummi vorzuziehen sind. Zunächst besitzen sie eine grössere Haltbarkeit, lassen sich, ohne Schaden zu leiden, auskochen, auch in der Flamme oder trockener Hitze sterilisiren, worauf ich für die Nadeln doch ein gewisses Gewicht legen möchte. Ausserdem — und das machte mir sehr bald die Umänderung der Spritzen mit Hartgummifassung in solche mit Metallfassung wünschenswerth — begegnete es mir häufiger beim Oedematisiren sehr derben, sklerotischen Gewebes, dass durch den starken Stempeldruck der Glascylinder der Spritze aus dem Gewinde der Hartgummifassung herausgerissen wurde, was bei Metallfassungen dadurch zu vermeiden ist, dass dieselben durch einen mit ihnen fest verbundenen, den Glascylinder umschliessenden Metallmantel oder durch seitlich angebrachte Metallspangen zusammengehalten werden[4]). Auch lässt sich dann ein grösserer Nachdruck auf die Sterilisirung nicht nur der Nadeln, sondern ganz besonders auch der mit den Fingern fortwährend in Berührung kommenden Spritzen legen, welch' letzterer Umstand doch eine nicht unwesentliche Gefahr der Infection des Operationsfeldes bedingt. Mir erscheint das dauernde Einlegen der Nadeln in 5 proc. Carbollösung (denn das einfache Durchspritzen derselben mit Carbollösung vor dem Gebrauch dürfte doch nicht immer ausreichen), wie es Schleich für die Spritzen empfiehlt, desshalb nicht räthlich, weil dadurch die Schärfe derselben, sowie auch die Durchlässigkeit der feinsten Canülen durch Auflagerung von Oxydationsproducten zu sehr nothleidet; daher ziehe ich Metallgarnitur vor, die ein gründliches Auskochen vor- und Austrocknen im Heissluftsterilisator nach dem Gebrauch für sämmtliche Theile, ausgenommen den Lederkolben, gestattet, welch' letzterer in Carbollösung desinficirt werden kann.

Auch die Herstellung grösserer Mengen von Vorrathslösungen hat sich mir als unzweckmässig erwiesen, da dieselben auf die Dauer nie ganz keimfrei zu halten sind, jedenfalls sehr bald saprophytische Verunreinigungen zeigen, während häufigere Herstellung kleinerer Mengen — bis zu 100 g — unmittelbar vor dem Gebrauch vermittels vorräthiger steriler Pulver und heissem destillirtem Wasser jedenfalls zuverlässiger und nicht eben allzu zeitraubend ist.[5])

---

[1]) Gerade mit der Niederschrift dieser Zeilen beschäftigt, begegne ich in No. 45 dieser Zeitschrift einer das gleiche Thema behandelnden Arbeit Mehler's und freue ich mich, in den wesentlichen Punkten mit ihm übereinzustimmen.

[2]) Schmerzlose Operationen von Dr. C. L. Schleich. Berlin 1894 und Therapeutische Monatshefte 1894, p. 429 ff.

[3]) Gleich Mehler habe auch ich die Erfahrung machen müssen, dass die von Wurach gelieferten Requisiten durchaus nicht immer tadellos waren und nicht lange hielten.

[4]) Uebereinstimmend mit Mehler finde auch ich die Montirung mit Griffringen unzweifelhaft zweckmässiger, als die leicht ausbrechenden Querstifte. Herr Instrumentenmacher H. Schmidt hier hat nach meiner Angabe mir ein sehr gutes, leicht zu sterilisirendes Instrumentarium geliefert, mit dem ich durchaus zufrieden bin.

[5]) Auch die von Mehler empfohlene Sterilisirung der Injectionsflüssigkeiten im Soxhlet dürfte sich als ein praktischer Fortschritt erweisen, sofern eine Concentrirung durch Wasserverdunstung vermieden wird.

Eine weitere Abänderung der Methode schien mir hinsichtlich der Anaesthesirung der Einstichstelle für die erste Injection wünschenswerth, da der Gebrauch des Aetherspray doch nicht ganz ohne Infectionsgefahr ist; und habe ich mich daher stets der Kelen-Tuben bedient, die vor dem Gebrauch mit Seife und Sodalösung gereinigt und in sterile Sublimatcompressen eingehüllt werden.

Dass das Verfahren in sofern nicht absolut schmerzlos ist, als nach Ablauf von etwa einer halben Stunde mit der Resorption der oedematisirenden Flüssigkeit die Leitungsfähigkeit der sensibeln Nerven wieder hergestellt wird, und alsdann bisweilen Schmerzen — besonders in entzündlich infiltrirten Partien — auftreten, ist jedenfalls kein Grund, es nicht anzuwenden, umsomehr als mir kein Fall begegnete, in welchem der Nachschmerz einen nennenswerthen Grad erreicht hätte.

Ueber die beschränkte Anwendbarkeit der Schleich'schen Methode — die von ihm selber vorurtheilslos zugestanden wird — brauche ich um so weniger mich zu verbreiten, als auch sie keinen Grund gegen die weitere Verbreitung des Verfahrens abgibt: Was Schleich von demselben und seiner Leistungsfähigkeit verspricht, hat es mir jedenfalls im Wesentlichen gehalten — und wo wir an der Grenze der letzteren ankommen, bietet er selber uns in seiner gemischten Narkose — worüber weiter unten noch ein paar Worte — eine Narkotisirungsmethode, die dazu berufen zu sein scheint, die Gefahren der isolirten Chloroform- oder Aethernarkose wesentlich zu vermindern, vielleicht gänzlich zu verhüten. Jedenfalls ist die Zahl der Fälle, in der die Infiltrationsanaesthesie zur Verwendung kommen kann, weitaus die Mehrzahl, während diejenigen, die sich nicht für dieselbe eignen, eine verschwindend kleine Gruppe darstellen, die Schleich selber ausreichend gekennzeichnet hat.

Bevor ich zur Aufzählung der von mir unter Infiltrationsanaesthesie operirten Fälle übergehe, erübrigt mir noch die Erwähnung einiger Punkte, welche bei ihrer Anwendung auf Seite des Operationsobjectes zu berücksichtigen sind. Das Operationsfeld betreffend ist es zu vermeiden, dass die Haut durch vorausgegangene längere Einwirkung feuchter Wärme (Dunstverbände, feuchtwarme Umschläge, warme Theilbäder etc.) in einen Zustand von Quellung kommt, welcher der künstlichen Infiltration unter Umständen unüberwindlichen Widerstand entgegensetzen kann. Und zwar betrifft diese Aufquellung ebenso das Corium, wie die Epidermis, welche letztere schon der Anaesthesirung durch Gefrieren (Aether- oder Kelenspray) widersteht, während das aufgequollene Corium unter Umständen keinen Tropfen Infiltrationsflüssigkeit aufnimmt; je trockener die Epidermis und je schlaffer die Cutis, um so leichter vollzieht sich die Anaesthesirung.

Ein weiteres Moment, auf welches Schleich — meines Wissens — nicht besonders aufmerksam macht, das aber wohl zu berücksichtigen ist, liegt in der Gefahr einer allzu starken — Hochdruck — Infiltration, wodurch wenigstens im Bereich der stellenweise weniger nachgibigen, derben Cutis leicht dauernde Ernährungsstörungen mit nachfolgender Mortificirung der infiltrirten Partien (Gangraen der Wundränder oder kleiner an sich schlecht genährter Hautlappen) bedingt sein können, was ich mehrfach beobachtet und erst durch längere Uebung vermeiden gelernt habe; für das lockere Binde- und Muskelgewebe sowie das nachgiebigere Organgewebe kommt diese Möglichkeit nicht in Betracht. Mehrfach schloss ich, wo eine nachträgliche Störung der Heilung auf diese Weise zu befürchten stand, und es gleichzeitig die örtlichen Verhältnisse gestatteten, an die vollendete Operation eine kurze, leichte Massage der centralwärts von der Wunde gelegenen Haut- und Unterhautzellgewebspartien behufs rascherer Entleerung der infiltrirten Gewebe an und glaube auf diesem Weg der erwähnten Gefahr wirksam vorgebeugt zu haben.

Was nun die specielle Anwendung bezw. Verwerthbarkeit der Infiltrations-Anaesthesie anlangt, so war das ausgedehnteste Feld derselben für mich stets gegeben in dem reichhaltigen Gebiet der blutigen Verletzungen, der Weichtheilwunden; in zahllosen Fällen der Art hatte ich Gelegenheit, die Vortheile dieses Verfahrens schätzen zu lernen, die dasselbe gerade für den speciell inmitten der Industrie thätigen praktischen Arzt gegenüber der allgemeinen Narkose bietet. Zunächst ist man nicht immer — oder vielmehr meistens nicht — auf eine Assistenz angewiesen, die nicht unter allen Umständen sofort zu haben ist, während andererseits dem durch den vorausgegangenen Unfall oder dergl. psychisch erregten Patienten die weitere Aufregung der Chloroformnarkose erspart bleibt, und er sofort nach Vollendung des operativen Eingriffes wieder seiner Wege gehen kann — soweit seine Verletzung an sich das gestattet. Am häufigsten kam das Verfahren bei einfachen Stich-, Hieb- oder Schnittwunden behufs Vereinigung derselben durch die Naht zur Anwendung und zwar speciell in mehreren Fällen von Sehnendurchtrennung, wobei die Erweiterung der Wunde zum Zweck der Auffindung des centralen Sehnenendes unter Infiltrationsanaesthesie stattfand. Ebenso hatte ich zahlreiche Gelegenheiten, besonders Finger- und Zehen-Amputationen-, Resectionen und Exarticulationen in dieser Weise leicht und glatt und ohne irgend welche Belästigung des Patienten zu bewerkstelligen; ganz besonders werthvoll war mir die Methode mehrfach beim Aufsuchen von Fremdkörpern (Nadeln, Glas-, Metall- und Holzsplitter, Dornen etc.), indem einerseits die Empfindung des Patienten bei erhaltenem Bewusstsein den Sitz des Fremdkörpers im Auge zu behalten gestattet, während andererseits das Einschneiden in der Richtung auf den Sitz desselben unbehindert und dreist — weil unfühlbar — erfolgen kann.

Ein unter der arbeitenden Bevölkerung so ausserordentlich häufiges Vorkommniss — das Panaritium, sowie die tiefe Eiterbildung bei Clavus inflammat. und eiterigen Sehnenscheidenentzündungen — bildet ein ganz besonders dankbares Object für die Eröffnung unter Infiltrationsanaesthesie, indem die durch sie garantirte Schmerzlosigkeit eine ganz frühzeitige Eröffnung des noch beschränkten Eiterherdes ermöglicht, wodurch die oft ganz unheimlich weit ausgedehnten Phlegmonen des Unterhautzellgewebes oder der Sehnenscheiden mit Sicherheit vermieden werden können, und manchem armen Teufel nicht nur eine kürzere Beschränkung seiner Arbeitsfähigkeit gesichert wird, sondern auch unter Umständen dauernde Beeinträchtigung derselben durch Zerstörung von Sehnen und Gelenken erspart bleibt. Wie mancher meiner Patienten aus der Arbeiterclasse kam, nachdem er einmal die Segnung dieses Verfahrens kennen und schätzen gelernt hatte, im Wiederholungsfalle wieder, um sich von einer noch geringgradigen, im Beginne ihrer Entwicklung stehenden Zellgewebseiterung rechtzeitig befreien zu lassen, damit ihm die Qual schmerzerfüllter schlafloser Nächte erspart bliebe, die er früher wohl manchmal aus Angst vor dem erlösenden Messer des Chirurgen mit warmen Breiumschlägen oder heissen Seifenbädern hinbrachte, mit denen nur kostbare Zeit verloren und die Folgen der Sache nur verschlimmert wurden. Es lässt sich nun einmal so leicht kein Patient beispielsweise wegen eines Panaritiums, von dessen eiterigem Inhalt er noch nicht überzeugt ist, chloroformiren, geschweige denn, dass er sich dem Schmerz der Incision in das so überaus empfindliche entzündete Gewebe ohne Anaesthesirung aussetzte, während die Infiltrationsanaesthesie jede Scheu vor dem Messer des Chirurgen wenigstens in solchen Fällen beseitigt.

Hieran schliessen sich unmittelbar die Furunkel und Carbunkel an, deren bedeckende Haut, sowie das umgebende durch die entzündliche Infiltration ausserordentlich schmerzhafte Gewebe rasch und vollkommen anaesthesirt werden kann, um eine ausgiebige Spaltung und Entleerung ihres eiterigen Inhaltes zu erfahren; auch die kalten Abscesse lassen sich auf die gleiche Weise schmerzlos eröffnen und mit dem scharfen Löffel — nach gehöriger Oedematisirung der Umgebung — ausschaben; ferner kann ich hier noch ein paar Fälle von veralteten Fisteln, darunter eine Mastdarmfistel mit callös verhärtetem Gewebe in der Umgebung, anführen, deren vollkommene Excision im oedematisirten gesunden Gewebe durchaus schmerzlos möglich war und zu rascher Heilung des seit langem bestehenden lästigen Zustandes führte. Während die Operation des eingewachsenen Nagels ohne Narkose nicht wohl anders als eine Brutalität genannt werden kann und andererseits die relativ kurze Dauer des Eingriffs wieder die Gefahr der Chloroformnarkose nicht gerechtfertigt erscheinen lässt, hat man in der Infiltrationsanaesthesie ein Mittel, das es ermöglicht, nach 2—3 Einstichen und Quaddelbildungen die kranke Nagelhälfte gänzlich schmerzlos abzutragen und das gewucherte Nagelbett mit der Curette zu säubern — eine Affaire von kaum 5 Minuten!

Ferner habe ich nicht nur bei sämmtlichen Punctionen (Hydrothorax, Hydrocele, Hydrarthros) stets die Einstichstelle zur Vermeidung der Schmerzen durch die ganze Dicke der zu durchstehenden Weichtheile auf diese Weise vorbereitet, sondern auch mehrere Rippenresectionen ohne Chloroform, allein unter Injectionsanaesthesie, und ohne jegliche Schmerzempfindung Seitens des Patienten bis zu Ende durchführen können.

Die operative Beseitigung kleiner Geschwülste, wie Hautcarcinome, Atherome, Ganglien, Chalazien, Lipome, sowie die Beseitigung von Haemorrhoidaltumoren u. s. w. ist unter Anwendung der künstlichen Oedematisirung, welche direct eine Lockerung der betreffenden Tumoren aus ihrer bindegewebigen Umhüllung bedingt, geradezu ein Vergnügen: Es hebt sich beispielsweite ein Atherom, dessen Umgebung man nach Anaesthesirung und Spaltung der bedeckenden Haut infiltrirt hat, derart aus derselben empor, dass man es mit einer leichten stumpfen Umkreisung gänzlich aus seinem Zusammenhang lösen kann und das meist ohne jegliche Blutung und in lächerlich kurzer Zeit, sobald man nur einige Uebung in der Technik hat.

Aehnlich, wenn auch bisweilen durch die topographischen Verhältnisse oder schwielige Verdickungen des benachbarten Bindegewebes etwas erschwert, verhalten sich die Drüsenexstirpationen, deren ich mehrere am Hals und in der Achselhöhle unter Schleich'scher Localanaesthesie mit vollkommenem Erfolg auszuführen Gelegenheit hatte. Von kleineren Operationen, die mir häufiger Veranlassung boten, mich derselben Methode zu bedienen, hätte ich schliesslich noch zu nennen solche am Praeputium und der Glans penis — die ohne Weiteres zum Theil in der Sprechstunde ausgeführt werden konnten — sowie plastische Operationen am weiblichen Damm und innerhalb der Vagina.

Ausser einer — einzeitigen — Cholecystotomie, mehreren Mammatumoren und einer Appendixamputation bei frischer, noch seröser Appendicitis in Folge von Arrosion der Schleimhaut durch ein Conglomerat von 20 todten Oxyuren, die in dem Wurmfortsatz eingeklemmt waren, sowie ferner 2 Fällen von Appendixresection bei perityphlitischer Abscessbildung und endlich einer secundären Naht der Patella nach einer Fractur derselben, hätte ich noch besonders eine Reihe von Fällen radicaler Leistenbruch-, Nabelbruch- und Hydrocele-operationen zu erwähnen, bei denen ich die Leistungsfähigkeit der Infiltrationsanaesthesie — besonders in den letzteren Fällen — voll zu schätzen gelernt habe. Und wenn ich zum Schluss noch einige unter Infiltrationsanaesthesie ausgeführte Durchtrennungen des Sphincter ani bei Fissuren der Mastdarmschleimhaut und zahlreiche Fälle von schmerzlosen Zahnextractionen — die übrigens nach meiner Erfahrung die schwierigsten Objecte für die in Frage stehende Methode darstellen — erwähne, so glaube ich ungefähr alle Fälle namhaft gemacht zu haben, bei denen ich mich ausschliesslich der Infiltrationsanaesthesie bediente und gegebenen Falls mich auch stets bedienen würde. Nicht entschliessen konnte ich mich — nach einem vergeblichen Versuch bei einem in seiner Erstickungsangst kaum zu bändigenden Knaben — die Schleich'sche Methode bei der Ausführung der Tracheotomie allein anzuwenden, da ich meist die Kinder entweder an sich zu ängstlich fand, um sich die Manipulationen an ihrem Hals gutwillig gefallen zu lassen, oder dieselben durch ihre Asphyxie schon derart beunruhigt sind, dass es zu zeitraubend wäre — angesichts der drohenden Lebensgefahr — sich lange mit ihrer Beschwichtigung aufzuhalten; nachdem durch die Chloroformirung ein Zustand hinreichender Ruhe ohne Abwehrbewegungen erzielt war, setzte ich wohl in geeigneten Fällen die Operation unter Infiltration fort, da die künstliche Oedematisirung des Bindegewebes hier das Vordringen zwischen den dick aufgestauten Venenstämmen wesentlich erleichterte und die peinlichen Ueberschwemmungen des kleinen Operationsfeldes mit Blut vermeiden liess.

Entgegen Schleich's Erwartungen[6]) musste ich bei mehreren Aufmeisselungen des Proc. mastoideus die Erfahrung machen, dass die Infiltration allein bei ihnen nicht ausreichte, da es mir nicht gelingen wollte, die Anaesthesie bis in die Tiefe des Knochens zu bewerkstelligen und ich bis zur Paukenhöhle vorgedrungen zum Chloroform greifen musste; ich glaube auch kaum, dass die Methode in solchen Fällen, wo es sich um tiefer gehende Processe handelt, noch Vollkommenes leisten kann, da hierbei Nervengebiete berührt werden, die durch Infiltration vom Periost aus nicht auszuschalten sind. Ferner habe ich mehrfach versucht, bei Neuralgien (Ischias, Lumbago etc.) durch locale Oedematisirung der schmerzhaften Nervenstämme — nach Schleich's Vorgehen — die Empfindlichkeit derselben zu beheben, was mir jedoch nie dauernd gelang, so dass ich auf dies Mittel, als ein lediglich symptomatisches, in solchen Fällen lieber verzichten möchte, um so mehr, als ich nicht selten nach Ablauf der anaesthetischen Periode eine offenbar durch die Verletzung des Nerven bedingte Steigerung der Schmerzen constatiren musste.

Im Ganzen bin ich jedoch durch meine Erfahrungen zur Ueberzeugung gekommen, dass wir in der Schleich'schen Infiltrationsanaesthesie ein unschätzbares Mittel zur Ermöglichung schmerzloser Operationen besitzen, das uns in Stand setzt, in der Mehrzahl der Fälle bei grösseren Eingriffen die allgemeine Narkose entbehren zu können, kleinere aber, die bisher vielfach noch ohne allgemeine Narkose oder mit nur unvollkommener localer Anaesthesie gemacht wurden, nunmehr absolut schmerzlos ausführen zu können, und das Jedem noch den Vortheil bietet, durch die Möglichkeit frühzeitigen operativen Eingreifens unseren Patienten vielfach schwerwiegende Complicationen durch Verschleppung ihrer Erkrankungen zu ersparen. Ganz abgesehen davon, dass eine so genial durchdachte und ausgearbeitete Methode an sich schon die ungetheilte, vorurtheilslose Anerkennung der Wissenschaft verdiente, kann man nur dringend wünschen — im Interesse von Arzt und Patient — dass das bei einiger Uebung so leicht zu handhabende und leistungsfähige Verfahren besonders in den Kreisen der praktischen Aerzte sich dauernd einbürgere, zur Freude und Befriedigung dieser selber und zum Segen für ihre Kranken, denen manche angsterfüllte Stunde, viele Schmerzen und verhängnisvolle Complicationen mit dauernden Schädigungen ihrer Erwerbsfähigkeit und Berufstüchtigkeit erspart werden können! Und wenn es mir gelungen sein sollte, durch meine obigen Ausführungen zur Anerkennung der Schleich'schen Infiltrationsanaesthesie beizutragen, und einen oder den anderen der Leser zum Studium der grundlegenden Arbeiten Schleich's, wie sie in seinem oben erwähnten Buch enthalten sind, anzuregen, so ist der Zweck dieser Zeilen erreicht.

Bevor ich jedoch zum Schluss komme, möchte ich wenigstens mit ein paar Worten noch auf die von Schleich[7]) begründete und in gewinnendster Weise ausgeführte Methode der gemischten Narkose hinweisen, welche sich auf dem Grundsatz aufbaut, dass sich die Gefahren der reinen Chloroform- oder Aethernarkose fast ganz umgehen lassen, wenn man ein Gemenge der beiden Substanzen verwendet, dessen Siedepunkt der Körpertemperatur des zu Narkotisirenden möglichst nahe, bezw. bei länger dauernder Narkose 3—4 ° über derselben liegt. Wegen der Einzelheiten in der Begründung seiner Theorie muss ich dringend auf das Original verweisen, dessen Lectüre in jeder Hinsicht anregend und genussreich ist. Hier will ich nur bemerken, dass ich mit seinem Gemenge[8]) ca. 25 bis 30 Narkosen ausgeführt habe und dabei durchweg den Eindruck gewann, dass dieselben ruhiger, jedenfalls ohne bedrohliche Erscheinungen von Seiten der Athmung oder des Herzens verliefen — immer ohne jeglichen Zwischenfall! Was mir eine regelmässigere Anwendung dieser Gemenge und somit eine strictere Prüfung unmöglich machte, war der Umstand, dass ich mir dieselben mit Aufwand von recht viel Zeit selber herstellen musste, da ich die Herstellung nicht dem Apotheker überlassen mochte, um durchaus reiner Resultate sicher zu sein; und so war es mir bei sehr beschränkter Zeit nur vergönnt, periodisch mit der gemischten Schleich'schen Narkose zu experimentiren wesshalb ich auch nicht über ein ausgedehnteres Material von auf

[6]) cf. l. c. p. 207 unten.

[7]) l. c. p. 27 ff.

[8]) I. Aether. petrolei, Chloroform. āā, II. Aether. sulfur; im Verhältniss mit einander gemischt, dass der Siedepunkt des Gemenges zwischen 38 und 45 ° liegt, cf. l. c. p. 60.

diese Weise ausgeführten Narkosen verfüge. Mehrfach erlebte ich es, dass Patienten, die früher chloroformirt worden waren, mit dem Gemenge absolut nicht einzuschläfern waren, sodass die Narkose mit reinem Chloroform eingeleitet und die Patienten nach Eintritt der narkotischen Wirkung erst mit dem Gemenge weiter in Narkose gehalten werden mussten. — Auch hier wäre es zu wünschen, dass die Methode recht vielseitig weiter geprüft würde, um — wenn sie es auch praktisch verdient, wie es theoretisch den Anschein hat — den ihr gebührenden Platz zu erringen.

Zur Infiltrations-Anaesthesie nach Schleich.[1])

Von Dr. *Gerhardi*, Lüdenscheid.

Es ist eine merkwürdige Eigenthümlichkeit der menschlichen Seele, dass sie auf der einen Seite ebenso neuerungssüchtig ist, wie sie andererseits gegenüber den Neuerungen, welche von unseren bisherigen Erfahrungen, Anschauungen und Gewohnheiten radical abweichen, sich zweifelsüchtig und ungläubig verhält. Nur ausnahmsweise, d. h., wenn ihnen besonders günstige Umstände zu Hilfe kommen, nehmen ausserordentliche Erfindungen und Entdeckungen gleich nach ihrer Veröffentlichung einen schnellen Siegeslauf durch die Welt. Die Schleich'sche Einführung folgt als eine ganz neue Methode örtlicher Betäubung der allgemeinen Regel, da sie, obschon bereits auf dem Berliner Chirurgen-Congresse 1892 von Schleich demonstrirt, auch heute noch weit entfernt ist von der Verbreitung, die sie wohl verdient.

Seit Anfang dieses Jahres habe ich die Methode an ca. 25 (passend ausgewählten) kleineren Operationen praktisch erprobt. Das Ergebniss dieser Versuche, wenn man so sagen darf, welche sich auf mehrere Fingerphlegmonen und Panaritien, mehrere Fingergliedamputationen, mehrere Ganglien auf dem Handrücken, mehrere Lymphadenome am Hals, mehrere Fibrome und Atherome, einen eingewachsenen Nagel, eine gutartige Penisgeschwulst, eine tuberculöse Fistel, einen Nasenlupus, einen widerspenstigen Hymen vertheilen, ist dies, dass, von wenigen Ausnahmen abgesehen, in der That eine ganz vollkommene Empfindungslosigkeit erzielt wurde. Die tuberculöse Fistel war circa 15 cm lang, die zu durchtrennende Gewebsschicht fingerdick; Durchschneidung (und Ausschabung) ging ohne Schmerzempfindung von Statten. Ein Lymphadenom musste mühsam von der Carotis abpräparirt werden; bei der Schlussnaht, fast eine Stunde nach der Infiltration, dauerte die Anaesthesie noch unvermindert an. Der excidirte Hymen gehörte einer 36jährigen Frau an, die seit 5 Jahren verheiratet war. Das sehr derbe Organ (es lag kein Vaginismus vor), wurde mit einigen Scheerenschnitten schmerzlos entfernt.

Natürlich muss auch die Schleich'sche Methode, wie Alles auf der Welt, erlernt werden. Doch erzielte ich schon bei der allerersten Operation, Exstirpation eines Fibroms am Oberschenkel, vollkommene Unempfindlichkeit, trotzdem ich sie machte nur gestützt auf die Beschreibung in Schleich's ausgezeichnetem Buch (Schmerzlose Operationen, Berlin, J. Springer.). Es ist hier zu betonen, dass Anfangs nicht subcutan, sondern intracutan injicirt werden muss. Die erste Quaddel kann ganz gut ohne Betäubung mit Aether angelegt werden; wenn man will, mit Aetherspray, besser mit dem feinen Strahl des Aethylchlorids, oder (auf Schleimhäuten) durch Betupfen mit einer in reine Carbolsäure getauchten und wieder abgeschwenkten Knopfsonde.

Als Vorzüge der neuen Methode könnte man kurz Folgendes aufzählen:

1. Die Methode, die an sich ganz ungefährlich ist und natürlich kein unbedingter Ersatz für die allgemeinen Narkosen sein will, verringert die Anzahl der letzteren und damit ihre Gefahren und letalen Folgen, nach Schleich um 90 Procent. Nimmt man aber nur 75 Procent an, so ist dies auch noch ein genügend hervorragender Vorzug.

2. Der Arzt kann bei kleineren Operationen in der Sprechstunde den etwa auf dem Stuhl sitzenden Patienten operiren, und dieser nach der Operation ohne Narkosen-Katzenjammer sofort nach Haus gehen.

3. Der Arzt vermag in vielen Fällen, wo er es sonst nicht konnte, allein zu operiren, indem er Betäubung und Operation zeitlich hintereinander ausführen kann.

4. Die Kranken sind in zahllosen Fällen, besonders in der Clientel des praktischen Arztes, viel eher dazu zu bringen, sich operiren zu lassen.

Diese Vorzüge gelten natürlich besonders für den praktischen Arzt; aber es liegt in den Verhältnissen der Dinge, dass der Arzt in der Klinik nicht im Geringsten gehindert ist, auch seinerseits die Schleich'sche Methode anzuwenden. Von sogenannten grösseren Operationen werden nach meinem Dafürhalten in Zukunft besonders Operationen an der Bauchhöhle unter Infiltrations-Anaesthesie ausgeführt werden, einerseits, weil der Eingriff meistens quantitativ ein verhältnissmässig geringer ist, andererseits das lange, oft Tage anhaltende Erbrechen und Würgen, nach einer Laparotomie ganz besonders quälend, vermieden wird. Wer weiss, ob nicht ein grosser Theil der Hernien nach Bauchschnitt auf das letztgenannte Uebel zurückzuführen ist.

Zum Schluss möchte ich noch bemerken, dass man nach Vorschlag eines Zahnarztes, dessen Name mir leider entfallen ist, zur Injection zweckmässiger Weise Canülen (auf 5—10 g-Spritzen passend) nimmt, welche einen konischen Mantel haben und deshalb lang, vorn kleincalibrig, auch gebogen sein können, ohne beim Einstechen hin- und herzuschwanken.

[1]) Nach einem Vortrag im Hagener Aerzteverein am 7. November 1896. (Gekürzt.)

Ueber die Silbersalze Itrol und Actol (Credé) und ihre Anwendung in der ärztlichen Privatpraxis.

Von Dr. *A. Tilger* in Mailand.

Gleich nachdem mir der Vortrag Credé's über «Silber und Silbersalze in chirurgischer und bacteriologischer Beziehung» (XXV. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1896) zuging, d. h. seit Ende Juli 1896, habe ich im Vertrauen auf die schon seit langem mit beiden Einzelcomponenten des Mittels gemachten guten Erfahrungen das Itrol (Argentum citricum) in den verschiedensten Fällen äusserer Behandlung zugänglicher Erkrankungen verwandt. Die damit erzielten Resultate waren durchweg so erfreuliche, theilweise sogar so überraschend günstige, dass ich es für eine Pflicht erachte, in aller Kürze darüber zu berichten. Das Mittel dürfte in Deutschland wenigstens inzwischen so bekannt geworden sein, und ist die Art und Weise seiner Anwendung von Credé in seinem Vortrage so klar und meisterhaft geschildert, dass ich mich aller allgemeiner Bemerkungen füglich enthalten kann. Erwähnen möchte ich nur, dass der einzige, sich rasch bemerklich machende Uebelstand des Präparates, den es übrigens mit Argentum nitricum theilt, leicht Flecke zu verursachen, naturgemäss um so weniger hervortritt, je länger man sich mit dem Mittel beschäftigt, d. h. je mehr man Herr der Technik wird. Anfangs habe auch ich Lehrgeld zahlen müssen. In der letzten Zeit habe ich nicht mehr nach der von der Heyden'schen Fabrik dem Mittel beigefügten «Anweisung zur Entfernung alter Silberflecken» zu greifen brauchen. Die nachfolgenden Bemerkungen beziehen sich durchweg auf das reizlose, weil schwerlösliche (1 : 3800) citronensaure Silber (Itrol); auf eine besondere Indication für Anwendung des leichtlöslichen, daher etwas reizenden milchsauren Silbers (Actol) werde ich am Schluss meines Berichtes noch zurückkommen. Bei Verletzungen aller Art, kleineren chirurgischen Eingriffen, wie sie sich im Laufe der praktisch ärztlichen Thätigkeit ergeben habe ich das Itrol bisher in 50—60 Fällen verwandt. Die absolute Ungiftigkeit und Reizlosigkeit, die bedeutende und zweifellos in die Tiefe wirkende antiseptische, bactericide Kraft, die günstige «Heilung und Ueberhäutung» anregende Wirkung auf Wunden, die grosse Handlichkeit und auch Billigkeit, da den Wunden nur soviel wie ein leiser Hauch des Mittels aufzustäuben ist, und die durch die Summirung dieser Factoren bedingten günstigen Erfolge haben mich das Mittel derart würdigen gelehrt, dass ich es in meiner wundärztlichen Thätigkeit derzeit ausschliesslich verwende. Insbesondere habe ich mich seit Ein-

führung des Itrols nicht mehr gescheut, selbst nicht ganz lineäre kleinere Verletzungen nach Bepuderung mit etwas Itrolpulver einfach mit englischem Pflaster zu bedecken. Unter diesem trockenen Schorf heilten derartige Wunden bei sehr seltenem Verbandwechsel überraschend schnell und sicher. Gerade für den praktischen Arzt ist dieser Umstand persönlich von Wichtigkeit, da besonders für ihn jeder noch so compendiöse wirkliche Verband im Berufe störend wirkt. Hervorheben möchte ich noch, dass es ebenfalls gerade für den praktischen Arzt angenehm ist, in Form von 5 g Itrol, entsprechend einem kleinen Originalflacon, das nicht ganz 12 ccm einnimmt, Material für 25—30 l antiseptischer Lösung leicht mit sich führen zu können. Für Nothverbandkästen auf Eisenbahnen, Touristenapotheken, Schiffsapotheken und für den Kriegssanitätsdienst erscheint mir daher das Mittel auch in dieser Hinsicht allen übrigen Antisepticis weitaus überlegen. Zur Herstellung von Lösungen werden jetzt auch Actol- und Itroltabletten in den Handel gebracht, die den Vortheil der bequemen Dosirung haben und uns von den nicht ungefährlichen Sublimatpastillen freimachen. Neben diesen chirurgischen Fällen im engern Sinne habe ich weitere 47 Fälle specieller Art mit Itrol zu behandeln und genauer zu verfolgen Gelegenheit gehabt. Davon betrafen Krankheiten der Geschlechtsorgane 26 Fälle, einschliesslich je zweier Fälle von Schrunden der Brustwarzen und Nabelentzündung bei Neugebornen; Krankheiten von Mund, Hals, Ohr, Auge 21 Fälle.

Unter die erste Gruppe fallen 9 Fälle von acuter Gonorrhoe, welche durchweg in kürzerer Zeit, als bei der früher von mir geübten Behandlung mit Argentum nitricum in aufsteigender Dosis ohne Complication zur Heilung gelangten; und 5 Fälle von Urethritis posterior, von denen 4 ebenfalls innerhalb längstens 4 Wochen geheilt wurden, nachdem dieselben theilweise vorher längere Zeit hindurch mit Argentum nitricum ohne entsprechenden Erfolg behandelt worden waren. Bei dem 5. Falle zeigte sich sehr deutlich eine Erscheinung, welche Werler in seiner jüngsten Publication (Ueber die Anwendung des citronensauren Silbers bei der Behandlung der Gonorrhoe. Dermatolog. Zeitschrift 1896) als bezeichnend für die Tiefenwirkung des Itrols erwähnt, nämlich dass stets am nächsten Tage nach Application des Mittels ein reichlicherer Ausfluss erfolgte. Leider veranlasste dieser Umstand den Patienten, trotz sichtlicher Besserung der Urethritis sich meiner Behandlung zu entziehen. Im Allgemeinen kann ich behaupten, dass alle diese Fälle rascher und vor Allem in völlig schmerzloser Weise verliefen im Vergleich zu den früher von mir geübten Behandlungsmethoden. Wenn ich genauere Zahlen nicht angebe, so liegt dies an dem Krankenmaterial, welches meist jüngeren Angestellten entstammt, bei denen ich die Behandlung ganz den äusseren Verhältnissen anpassen muss, so dass ich nur hin und wieder selbst Ausspülungen bei den Kranken vornehmen kann und mich in der Zwischenzeit auf die von den Patienten selbst auszuübenden Einspritzungen verlassen muss. Ich lasse im Gegensatz zu Werler die Lösung vom Patienten selbst stets frisch bereiten, so dass also von vornherein stärkere Concentrationen 1/4000—5000 injicirt werden. Es ist auf diese Weise für die Kranken leichter, immer warme Lösungen zur Einspritzung zu verwenden, worauf ich bei Behandlung der Gonorrhoe besonderen Werth lege.

In die erste Gruppe fallen weiterhin 6 Fälle von Ulcerationen an der Glans und am Praeputium und zwar 1 Fall von Ulcera mollia, 1 Fall von Balanopostitis, 3 Fälle von Herpes praeputialis, 1 Fall von Ulcus glandis artificialis durch chemische Reizung. In allen diesen Fällen verwandte ich das Itrol in Pulverform und zwar so, dass Patient sich täglich 1 bis seltener 2 mal die Geschwürsstelle nach vorherigem Bad des Gliedes in abgekochtem Wasser mit etwas Itrol bepuderte und dann mit dünner Watteschicht bedeckte. Speciell bei den so leicht recidivirenden Herpesformen halte ich diese Behandlung für ausgezeichnet und rechtzeitig angewandt geradezu für eine Abortivbehandlung. Auch der Fall von Ulcera mollia heilte in so überraschend prompter Weise, dass ich weitere Versuche warm empfehlen möchte. Weiterhin behandelte ich von in diese Gruppe zu rechnenden Krankheiten 2 Fälle von Endometritis puerperalis. Beide Male erfolgte nach einmaliger intrauteriner Ausspülung prompter Abfall des Fiebers. Natürlich erwähne ich diese an sich leichten Fälle nicht sowohl wegen des therapeutischen Erfolges, als vielmehr weil sie mir zeigten, dass intrauterine Anwendung von Itrollösung 1:5000 ohne jegliche Reizung und ohne jede Gefahr angewendet werden kann. Die noch restirenden 4 Fälle dieser Gruppe vertheilen sich auf 2 Fälle von Nabelentzündung bei Neugeborenen, von denen ich den ersten mit Itrolpulver, den zweiten mit Itrolsalbe behandelte und rasch heilen sah und 2 Fälle von Schrunden der Brustwarze bei einer stillenden Wöchnerin resp. bei einer Amme. Gerade diese Fälle, von denen besonders der zweite sehr schlimm und schmerzhaft war, heilten so überraschend schnell unter Bedeckung der Warzen mit in Itrollösung getauchten Compressen, dass ich diese Behandlung allen Collegen warm empfehle. Die Wöchnerin, welche während eines früheren Wochenbettes eine analoge Affection gehabt hatte, war selbst von der prompten Wirkung und der völligen Schmerzlosigkeit des Mittels überrascht.

Die 21 Fälle der zweiten Gruppe vertheilen sich wie folgt:

Stomacace, 1 Fall mit sehr gutem Resultat; Stomatitis follicularis suppurativa bei einem Kinde unter Itrolbehandlung ebenfalls rasch und schmerzlos geheilt; Periostitis alveolaris purulenta 3 Fälle; davon einer mit Betheiligung des Antrum Highmori. In diesem Falle, bei dem sich wegen ausgedehnter periostaler Affection im Bereich von 4 Zähnen, nachher zahlreiche Sequester abstiessen, wurden die Itrolmundspülungen über 8 Wochen fortgesetzt, was ich besonders desshalb betone, weil mir von Seite eines zahnärztlichen Collegen wegen der Schwarzfärbung der Zähne das Mittel als für den Mund ungeeignet bezeichnet wurde. Deutsche Zahnärzte dagegen wenden, wie ich höre, Itrol sehr ausgedehnt und mit grossem Nutzen an. Allerdings färbten sich die Zähne auf der kranken Seite metallisch silberglänzend, doch lässt sich der Belag durch Putzen nicht allzuschwer entfernen. Jedenfalls dürfte dieser kleine vorübergehende kosmetische Nachtheil bei ernstlichen Erkrankungen nicht in Betracht kommen. Das Resultat war in allen zuletzt angeführten Fällen recht zufriedenstellend.

Ferner gehören hierhin: 1 Fall von Angina scarlatinosa, 3 Fälle von Tonsillitis follicularis, alle unter Itrolbehandlung sehr günstig verlaufend und 6 Fälle von Pharyngitis chronica hypertrophicans, bei denen in der Hälfte der Fälle auffallende Besserung der subjectiven Beschwerden erzielt wurde. Im letzten Falle endlich handelte es sich um eine seit langem bestehende Leukoplakia linguae. Hier zeigte sich der Heileffect besonders darin, dass, seitdem Patient die Itrolmundspülungen 3 mal täglich macht, sich niemals wieder tiefere Einrisse auf der Zunge gebildet haben. Patient, ein sehr intelligenter Herr, war selbst mit dem «neuen Mittel» derart zufrieden, dass er aus eigenem Antriebe bei einem starken Schnupfen nach vorangehender Reinigung der Nase mit lauem Salzwasser eine Nasenspülung mit Itrollösung 1:5000 vornahm, in der festen Ueberzeugung, dass das Mittel helfen würde. In der That war der Schnupfen am nächsten Tage verschwunden. Ohne behaupten zu wollen, dass Patient damit ein Universalmittel gegen Schnupfen gefunden habe, muss ich doch zugeben, dass eine Nachprüfung meinerseits an allerdings wenigen Fällen von günstiger Wirkung gefolgt war. Vielleicht versucht es gelegentlich einer der Herren Collegen an sich oder an geeigneten Patienten. Speciell aber für die Leukoplakie möchte ich bei ihrer Hartnäckigkeit und den grossen Beschwerden, die sie mit sich führt, weitere Versuche empfehlen.

Schliesslich fallen in diese Gruppe noch 2 Fälle von eitriger Conjunctivitis, die sich rasch besserten und 4 Fälle von Ohrenerkrankungen: Otitis media purulenta 2 Fälle, Otitis media tuberculosa 1 Fall, Otitis externa aspergillina 1 Fall.

Herr Dr. Brugnatelli-Mailand, den ich beim letzteren Falle zuzog, äusserte sich sehr anerkennend über die pilzvernichtende Wirkung des Mittels. Er hat das Itrol auch in anderen Fällen von eitrigen Ohrenerkrankungen versucht und ist, wie er mir mittheilte, mit den Resultaten recht zufrieden.

Bei der tuberculösen Otitis habe ich längere Zeit hindurch Einblasungen mit Itrolpulver machen lassen. Das Resultat war zweifellose Verminderung der Secretion ohne jegliche subjective Beschwerde. Patient ist inzwischen einer Lungenblutung erlegen, sodass ich den Versuch nicht fortsetzen konnte.

Anschliessend an diesen Bericht über Itrol sei es mir gestattet, kurz über einen Fall zu berichten, bei dem ich das milchsaure Silber (Actol), welches sich 1 : 15 in Wasser löst und daher für kurze Zeit einen leicht brennenden Schmerz verursachte, in Anwendung brachte. Es betrifft einen fortgeschrittenen Fall von Lupus des Fingers.

Patientin, eine Frau von 57 Jahren, litt seit mehr als 5 Jahren an einem Lupus exulcerans des rechten Zeigefingers, angeblich im Anschluss an ein Trauma. Trotz der verschiedensten therapeutischen Eingriffe (Salbenbehandlung, Höllensteinätzung, Cauterisation) von Seiten anerkannt tüchtiger Aerzte schritt das Leiden langsam aber stetig vorwärts, so dass ihr schliesslich die Amputation des Fingers angerathen wurde, die um so mehr angezeigt erschien, als in Folge der gesetzten Zerstörungen und der langen Ruhigstellung des Fingers völlige Ankylose des obersten Fingergelenkes eingetreten war. Da Patientin sich hierzu nicht entschliessen wollte, stand sie fast ein Jahr lang sozusagen ohne ärztliche Behandlung und beschränkte sich auf Kamillenbäder und Sublimatwaschungen. Als sich Patientin am 3. September 1896 bei mir vorstellte, erhob ich folgenden Localbefund: 5 cm langes, die ganze radiale Seite des rechten Zeigefingers einnehmendes, mit pilzförmigen, schwammigen Granulationen bedecktes Geschwür, das sich nach oben fast bis zum Metacarpophalangealgelenk ausdehnt. Die Haut in der Umgebung narbig verdünnt, stark glänzend; am obern Rande des Geschwürs zahlreiche kleine Lupusknötchen. Sensibilität intact. Gelenk zwischen zweiter und Grundphalanx ankylotisch, im Sinne einer leichten Varusstellung fixirt.

Auch ich glaubte der Patientin Amputation des Fingers anrathen zu müssen, schlug ihr aber vorerst einen Versuch conservativer Behandlung mit Actol vor. Dieselbe begann ich nach erfolgter Zustimmung sofort damit, dass ich die schwammigen Granulationen mit dem scharfen Löffel wegkratzte, wodurch sich ein tiefer, bis auf den Knochen gehender Defect bildete, den ich dann nach Berieselung mit physiologischer Kochsalzlösung und erfolgter Blutstillung ziemlich dick mit Actol bestreute. Leichte Schmerzhaftigkeit während mehrerer Stunden, dann, wie Patientin angab, völlige Ruhe im Finger, so dass sie seit langer Zeit die erste schmerzfreie Nacht verbrachte. Schon nach dreimaliger Anwendung des Actols, das ich jeden zweiten Tag applicirte, erhielt der Geschwürsgrund ein normales Aussehen und begann normal zu granuliren. Von da ab wandte ich statt des Actols jeden zweiten bis dritten Tag Bepuderung mit Itrol an. Schon am 16. October war der grosse Defect mit glatter Narbe geheilt.

Die Patientin, welche sich theils aus Besorgniss, theils aus Dankbarkeit von Zeit zu Zeit immer noch vorstellt, ist bis heute vollständig geheilt geblieben.

Wenn ich auch weit entfernt bin, aus diesem einzelnen Falle zu weitgehende Schlüsse zu ziehen, zumal Patientin auf meine Verordnung hin ziemlich grosse Dosen von Solveol nahm, so ist doch das in diesem Falle erzielte Resultat so auffallend, dass ich nicht umhin kann, das Actol für die rasche Heilung wesentlich mit verantwortlich zu machen. Jedenfalls werde ich in künftigen Fällen von lupösen Erkrankungen das Actol wiederum in Anwendung ziehen und glaube auch andere Versuche damit empfehlen zu sollen.

Als bedeckendes Verbandmaterial benutze ich sterile Gaze, erst in neuester Zeit die von Credé angegebenen Silbergazen, über die ich aus diesem Grunde ein Urtheil noch nicht abgeben will. —

Meine Beobachtungen bestätigen vollkommen die Angaben Credé's und geht meine Ueberzeugung dahin, dass die Silberwundbehandlung für die Privatpraxis dasselbe leistet, als die aseptische Behandlung, die ich für den praktischen Arzt für kaum durchführbar halte.

Ein Fall von Porro'scher supravaginaler Amputation des Uterus in Folge unstillbarer Blutungen mit glücklichem Ausgange.[1])

Von Dr. *Taendler*.

M. H.! Ich möchte Ihnen zunächst die Krankengeschichte des in Frage kommenden Falles kurz mittheilen und im Anschluss daran das besprechen, was mir der Erwähnung werth zu sein scheint.

Am 28. Juni, Nachmittags 3 Uhr, wurde ich zu der 30jährigen Frau W. gerufen, einer II. Para, welche bei beiden, sonst normalen Entbindungen (erste Schädellagen) viel Blut verloren hatte. Das erste Wochenbett verlief ohne Besonderheiten. Ich fand eine äusserst anaemische Person, deren Temperatur 37,6° in Axilla betrug. Der Radialpuls war sehr klein, leicht eindrückbar; ich zählte 116. Die Patientin gab an, am 7. Tage p. p. dauernd das Bett verlassen zu haben, als die Lochien noch blutig tingirt waren. Am 15. Tage p. p., als sie ein leeres, leichtes Tönnchen hob, ergoss sich plötzlich eine Menge Blutes aus der Scheide, welche sie auf einen halben Liter schätzte. Dasselbe ereignete sich noch zweimal in gleicher Intensität nach leichten Anstrengungen, bei denen die Bauchpresse in Function trat, zuletzt am 26. Juni, ungefähr 6 Wochen nach ihrer Niederkunft. Die äussere Untersuchung ergab den Fundus uteri in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse stehend, der Uteruskörper imponirte als prall-elastische, deutlich fluctuirende Geschwulst. Die innere Untersuchung ergab, dass der innere Muttermund geschlossen war, und bestätigte sonst den äusseren Befund. Ich entschloss mich, das Uteruscavum auszutasten, weil ich aetiologisch für das nächstliegende das Zurückbleiben von Placentarresten hielt. Unter Anwendung leichter Gewalt wurde mit dem wohldesinficirten Finger der innere Muttermund gedehnt, hiebei entleerte sich das im Uterus befindliche Blut, an Menge wohl 300 g. Die auf dem Abdomen liegende Hand stülpte nun den weichen Uterus über den touchirenden Finger, so dass nach und nach alle Partien des Uterus abtastbar waren. Hiebei wurde an der Vorderwand der Gebärmutter ein grösserer Placentarpolyp, über die Mucosa zerstreut eine grosse Anzahl kleinerer gefunden. Der grosse wurde manuell entfernt, die kleineren unter Anwendung grösster Vorsicht mit der Curette. Während des Eingriffs blutete es immerwährend recht stark, so dass nach einer desinficirenden heissen Intrauterinirrigation sofort die Tamponade des Uterus ausgeführt wurde, welche vom erwünschten Erfolge begleitet war. Die Patientin, welche durch den Eingriff auf's äusserste mitgenommen war, bekam neben Ergotin Excitantien in grosser Menge. Am nächsten Morgen war die Temperatur auf 37,6° gestiegen, eine Blutung nach Aussen hatte nicht stattgefunden. Die Tamponade wurde entfernt mit dem Erfolge, dass sofort wieder Blut in geringer Menge aber continuirlich aus dem schlaffen Uterus sich entleerte. Massage der Gebärmutter vom Abdomen her, kalte, heisse intrauterine Irrigationen, Ergotin, die sonst so wirksame Massage vom Uteruscavum her — nichts war im Stande, die Gebärmutter auch nur zu einer vorübergehenden Contraction zu bringen. Um die Frau nicht verbluten zu lassen, wurde sofort noch einmal tamponirt, bis alle Vorbereitungen zur Laparotomie getroffen waren, zu der ich mich ex indicatione vitali entschloss. Nachmittags wurde diese bei einer Temperatur der Patientin von 38,2° in axilla ausgeführt.

Nach der üblichen Desinfection der Bauchdecken mit Seife, Alkohol, Aether und Sublimat wurde die Linea alba kurz unter dem Nabel beginnend in einer Ausdehnung von 8—10 cm incidirt, der Schnitt vertieft, bis das Peritoneum erschien, nach dessen Durchtrennung die Beckenorgane leicht zugänglich waren. Beide Ligamenta lata wurden möglichst weit vom Uterus entfernt partienweise unterbunden und durchtrennt. Jetzt wurde von der Scheide aus die Tamponade entfernt, der Uterus supravaginal nach Umstechung der Art. uterinae in typischer Weise abgesetzt, die Cervicalhöhle ausgebrannt und der Stumpf nach Chrobak retroperitoneal versorgt. Das linke Ovarium, welches cystisch degenerirt und von vielen kleinen Haemorrhagien durchsetzt war, wurde mit Mühe aus seinen perimetritischen Verwachsungen gelöst, gestielt und abgetragen. Grössere durchschnittene Gefässe wurden nochmals isolirt unterbunden, eine kleine Blutung aus einem Stichcanal gestillt. Toilette des Peritoneum, Naht der Bauchdecken in 3 Etagen, aseptischer Compressionsverband. Am Tage nach der Operation gingen spontan Urin und Flatus ab, sofort wurde mit der Darreichung flüssiger und fester nahrhafter Stoffe begonnen. Temperatur und Puls fielen langsam aber stetig bis zum 5. Tage ab, die Patientin erholte sich merklich. Am 6. Tage Mittags trat plötzlich ein Schüttelfrost mit einer Temperatur von 39,8° ein. Die innere Untersuchung ergab keine Resistenz oder Schmerzhaftigkeit, die Schnittwunde sah reactionslos aus. Es wurde eine Pneumonie rechts hinten unten festgestellt, Priessnitz'sche Umschläge, öfterer Lagewechsel und Kampher wurden verordnet. Nach und nach Temperaturabfall bis zur Norm; am 18. Tage verlässt die Patientin, nachdem am 10. die Nähte entfernt waren, mit einer Leibbinde versehen das Bett; die Bauchwunde war primär geheilt. Frau W. wird auch jetzt noch forcirt ernährt und 6 Wochen nach der Operation blühend aussehend mit relativ normalen Abdominalverhältnissen aus der Behandlung geheilt entlassen.

Die anatomische Untersuchung des Uterus, m. H., ergab eine Endometritis decidua und Anzeichen einer chron. Metritis. Weshalb die Uterusmusculatur auf keinen Reiz reagirte, ist meines Ermessens unklar. Es deckt sich dieser Fall wohl mit solchen, bei denen Leopold eine atheromatöse Entartung der Arterien des Uterus gefunden hat. Interessant ist, dass Voigt im Juliheft der Monatsschrift für Geb. und Gyn. aus der Prochownick'schen Klinik sechs ähnliche Fälle veröffentlicht, in denen trotz des Zweifels an der Bösartigkeit der Erkrankung wegen der Schwere der klinischen Erscheinungen des Uterus exstirpirt wurde. Auch in den Voigt'schen Fällen ergab die mikroskopische Untersuchung keinen aetiologischen Anhalt.

Was die Art des Auftretens der Blutungen betrifft, so füllte sich der Uterus bei geschlossenem Muttermunde so lange, bis der

[1]) Mitgetheilt im Aerztlichen Verein Nürnberg.

Druck der angesammelten, eingeschlossenen Blutmenge gewissermassen eine Tamponade ausführte. Trat jetzt eine erheblichere Anstrengung der Bauchpresse ein, so wurde der Druck soweit gesteigert, dass die einschliessende Wand an der Stelle des geringsten Widerstandes, am Muttermunde, nachgab. Das erklärt in wohl naheliegender Weise den Blutungsmodus.

Erwähnen möchte ich noch, dass ich, sobald die Darmfunction durch Abgehen von Flatus sich als normal erweist, sofort mit forcirter, auch fester Nahrungsaufnahme beginnen lasse, ein Umstand, welchem ich es in diesem Falle zuschreibe, dass die Patientin, welche auf das elendeste heruntergekommen war, die Pneumonie überstand.

Ein Fall von acuter jauchiger Kniegelenksentzündung in Folge von Lungenphthise.*)

Von Dr. *F. Schilling* in Nürnberg.

J. B., Gasthofbesitzer, 28 Jahre alt, ist erblich belastet: sein Vater und 2 Brüder sind an chronischem Lungenleiden gestorben. Beim Militär schon hustete der Kranke. Vor 2 Jahren habe ich ihn, ebenso wie im vorigen Jahre, an Haemoptoe behandelt. Am 2. October 1895 kam er wieder in meine Behandlung; er klagte über Husten, Auswurf, zunehmende Abmagerung, Müdigkeit, abendlich sich einstellendes Fieber und Nachtschweisse. Der kräftig gebaute, musculöse Mann fieberte; er bot die physikalischen Zeichen der Zerstörung der l. Lungenspitze. RHO bis zur Spina scapul. und RVO bis zur 3. Rippe war der Percussionsschall gedämpft, der Pectoralfremitus vermehrt; das Athmungsgeräusch war RHO bronchial; am äusseren Schulterblattwinkel war consonirendes Rasseln zu hören, RVO amphorisches Athem. Die Sputa globosa, fundum petentia enthielten reichlich Tuberkelbacillen. — Im November 1895 machte er eine trockene Pleuritis durch; seine Phthise machte Fortschritte. Nicht selten hatten die eitrigen, geballten Sputa einen üblen fauligen Geruch. Erst um Weihnachten 1895 wurde Pat. fieberfrei. Der Process schien stille zu stehen. Der Auswurf wurde minder, hie und da war er noch übelriechend. Pat. ging nach Neujahr aus. Er erholte sich etwas bei zunehmendem Appetit. An schönen Januartagen machte er öfters Ausfahrten, so auch am 19. Jan. 1896 in offenem Wagen entgegen meiner Anordnung. Am nächsten Tage klagte er über heftigen Schmerz im l. Kniegelenk. Trauma wird bestimmt negirt. Pat. lag zu Bette, fieberte hoch (39,5 in axill.), Puls sehr beschleunigt, Respiration 30. Am Knie war keinerlei Zeichen einer Contusion etc. wahrzuehmen. Dasselbe war bei Berührung äusserst empfindlich. Das Gelenk nicht geschwollen. Am 2. Tage der Gonitis zeigte sich die Haut oberhalb der Patella schwach geröthet. Von der Peripherie der Kniescheibe sah man radienförmig 8 Lymphgänge in geröthetem, entzündetem, verdicktem Zustand hervortreten. Am 5. Tage trat Fluctuation ein. Die Gelenkcontouren hatten sich verwischt. Der Umfang war am l. Knie 7 cm grösser als am rechten. Die Röthung nahm zu. Die Schmerzen waren excessiv. Oefteres Frösteln. Hohes Fieber. Verfall der Kräfte. Die Punction des Gelenks ergab jauchigen Eiter. Ausgiebige Längsincision zu beiden Seiten der Patella. Entleerung reichlicher Mengen jauchigen Eiters. Ausspülung des Gelenks. Drainage mit Jodoformgaze. Abfall des Fiebers für 3 Tage. Am 4. Tage nach der Operation öfters Frösteln, hohes Fieber. Exitus am 30. I. 96. Section nicht gestattet.

Der Fall ist übrigens meines Erachtens durchsichtig. Bei einem Phthisiker, der längere Zeit foetiden Auswurf hatte, war es zu raschem Zerfall des Lungengewebes gekommen. Das übelriechende Sputum deutete darauf hin, dass die Cavernenwandungen sich in stellenweiser grangraenöser Erweichung befanden. Bekanntlich ist die Lungenphthise in der Regel das Product der Infection mit dem Tuberkellbacillus und mit anderen pathogenen Spaltpilzen (Mischinfection). Dem Tuberkellbacillus assistiren, nachdem er sich angesiedelt, bei seinem Vernichtungswerk die Streptococcen, der Pyogenes, Pyocyaneus, Tetragenus etc. Diese Krankheitserreger besorgen eigentlich erst die Destruction des Lungengewebes, da sie die eitrigen und septischen Processe veranlassen. Und in der That sind ja einzelne Abschnitte im Krankheitsbilde der Phthise und besonders die Schlusserscheinungen den Eiterregern oft ganz allein zur Last zu legen. Der septische Theil des Bildes der Phthise ist also auf Conto der Mischinfection zu setzen. Unter solchen Verhältnissen, bei der beständigen Zerstörungsarbeit der Eitercoccen, ist es eigentlich zu verwundern, dass ausser der localen Destruction des Lungenparenchyms und ausser den septischen Fieberzuständen so selten andere pyaemische und ichorrhaemische Processe in Gestalt von Metastasen, Abscessen etc. in verschiedenen Organen, wie sie bei Blutvergiftung sonst vorzukommen pflegen, gesehen werden. In den reactiven Vorgängen im an die Cavernen angrenzenden, noch gesunden Lungengewebe liegt der natürliche Schutzwall gegen die allgemeine Infection des Körpers. Den Eitercoccen wird hier eine Barrière entgegengesetzt, welche eine Masseninvasion des Organismus für gewöhnlich verhindert. Nur bei raschem und gangraenösem Zerfall der Cavernenwandungen, bei fehlender Abscessmembran, gibt es ein meist rasch tödtendes septisches Fieber; in Folge der dünnen, morschen Wände der Höhlen gelangen massenhaft Eitererreger in den Lymphstrom, sowie in den Körper und verrichten nun ihr deletäres Werk. Warum unter solchen Verhältnissen relativ selten metastatische Processe entstehen, ist eigentlich nicht leicht zu erklären. Desshalb habe ich mir gestattet, Ihnen heute über einen solchen Fall einer Verschleppung und Ansiedelung von Eitererregern an localisirter Stelle, in einem Kniegelenk, zu berichten. Die Coccen können, da keine andere Quelle am Körper (wie Decubitus, Otitis etc.) vorhanden war, nur aus der phthisischen Lunge stammen. (Auch Lungenabscess oder Bronchektasien sind ausgeschlossen.) Die Coccen haben ihren Weg in die Lymph- oder Blutbahn genommen und sind so indirect oder direct in den Organismus gekommen. Wesshalb sich die Coccen gerade im Knie festsetzten, diese Frage ist schwer zu beantworten. Herr College Baumüller, der den Fall sah, glaubte unbedingt, wie wohl die meisten Aerzte in einem ähnlich gelagerten Fall, es müsse zuerst ein Trauma auf das Gelenk eingewirkt haben und so durch das Trauma ein Ort des geringeren Widerstandes im Knie gesetzt worden sein, so dass die im Blut kreisenden Coccen dort einen guten Ansiedelungs- und Ernährungsboden gefunden hätten. Allein es lag sicher keine derartige Gelegenheitsursache für die Einwanderung der Coccen in's Knie vor, so dass der Fall auch nach dieser Richtung hin bemerkenswerth ist. Es ist hinlänglich bekannt, dass in Folge Resorption putrider Stoffe bei Bronchektasien Gelenkentzündungen, auch multiple, vorkommen können. Derartige Fälle habe ich beschrieben in meiner Erlanger Dissertation.

Ich hielt Umschau bei Hüter (Gelenkkrankheiten) und in einer Reihe anderer chirurgischer Werke nach registrirten Fällen von acuter, eitriger oder jauchiger Gonitis im Verlauf der Phthise, habe aber keine bezüglichen Notizen finden können. Desshalb gestattete ich mir, Ihnen über den vorliegenden Fall zu berichten.

Zum Schluss möchte ich noch Posner's Arbeit über Infection und Selbstinfection heranziehen, da dieselbe geeignet ist, einiges Licht auf manche Blutvergiftungen zu werfen. Es gelang ihm, in Gemeinschaft mit A. Lewin, durch künstlichen Verschluss des Mastdarms beim Kaninchen eine Ueberschwemmung des Körpers mit Colibacterien herbeizuführen. Die Bacillen fanden sich im Herzblut, allen Organen, besonders den Nieren, und im Harn, ohne dass der Darm gröbere Verletzungen aufwies. Die Stauung allein hatte genügt, um den Bacteriendurchtritt zu ermöglichen und zwar erfolgte die Infection aller Organe, sowie auch des Harns auf dem Wege der Blutbahn. Schliesslich bespricht P. noch die Entstehung der Gelenkaffectionen bei der Gonorrhoe, der secundären Pyelitis und Nephritis, sowie der puerperalen Septicaemien unter dem Gesichtspunkt der Selbstinfection. Persönliche Widerstandsfähigkeit spielt die Hauptrolle. «Dem Bacterium coli gegenüber entfaltet auch das Blut seine baetericiden Eigenschaften.» Aber die Stärke dieser keimtödtenden Wirkung ist sehr verschieden. Sie variirt nach Species der Thiere, vielleicht auch nach Alter und Ernährungszustand und nach der zum Versuch verwendeten Colicultur und deckt sich mit den klinischen Erscheinungen beim Menschen.

*) Mitgetheilt im ärztlichen Verein Nürnberg am 3. Sept. 1896.

Ein Fall von Verschlucken eines künstlichen Gebisses.

Von Dr. *Fr. Franken* in M.-Gladbach.

In der Nacht vom 17. zum 18. September 1896 wurde ich zu einer bis dahin gesunden Frau auf's Land gerufen. Ich fand die kräftige 50jährige Patientin mit beschleunigter, angestrengter und stark röchelnder Respiration bei starker Cyanose des Gesichtes und der Lippen. Aus dem Munde lief fortgesetzt in reichlicher Menge schaumiges, blutig-seröses Sputum. Auffallend war der verhältnissmässig gute Puls, der sich hart anfühlte, nicht wesentlich beschleunigt war und nur hie und da mal für einen Schlag aussetzte.

In Uebereinstimmung mit einem kurz nach mir noch eintreffenden Collegen stellte ich die Diagnose auf acutes Lungenoedem. Es wurde Kampher injicirt und die sich feuchtkalt anfühlende Patientin mit heissen Krügen erwärmt. Eine wesentliche Wendung zum Bessern trat in den folgenden 2 Stunden bis zu unserer Abfahrt nicht ein, so dass die Prognose eine recht dubiöse war. Gegen Mittag des folgenden Tages fand ich indess Patientin wider Erwarten in besserer Verfassung. Zwar war die Athmung noch etwas erschwert und leicht röchelnd, auch bestand noch geringe Cyanose, indess war Patientin bei vollem Bewusstsein, beantwortete flüsternd meine Fragen und klagte über Halsschmerzen, für die eine Besichtigung der Rachentheile keinen Aufschluss gab. Patientin war im Stande, etwas Wein und Fleischbrühe zu geniessen, empfand aber beim Schlucken mässige Schmerzen. Bis zum nächsten Morgen nahmen die Schluckbeschwerden wesentlich zu und es konnte schliesslich kein Tropfen Flüssigkeit mehr hinunterbefördert werden. Kehlkopf und seitliche Halspartien waren auf äusseren Druck sehr empfindlich. Die Athmung war jetzt ganz frei und die nunmehr mögliche eingehende Untersuchung ergab weder eine Abnormität der Lungen noch des Herzens.

Während ich nochmals die Rachenpartien einer möglichst genauen Ocularinspection unterzog, bemerkte der anwesende Sohn beim Anblick des zahnlosen Oberkiefers zufällig, seine Mutter pflege sonst «ein falsches Gebiss» zu tragen. Wie ein Blitz fuhr mir der Gedanke durch den Kopf, ob hiermit vielleicht ein Zusammenhang vorliege. Ich erkundige mich nach dem Verbleib der Zähne; Niemand weiss Auskunft darüber zu geben; sicher aber ist, dass Patientin sie beim Schlafengehen nicht abgelegt hatte, weil das nie Brauch bei ihr gewesen. Ich lasse in Eile Zimmer, Bett, Alles durchsuchen, aber nirgends ist eine Spur zu entdecken. Ich frage Patientin, ob sie nicht das Gefühl eines Fremdkörpers im Halse habe; die Frage wird stricte verneint, nur Schluckschmerzen sind vorhanden. Dennoch entschliesse ich mich zu einer Digitaluntersuchung und nun fördere ich unter dem fürchterlichsten Würgen die Prothese mit 7 Zähnen tief unten aus dem Schlund zum freudigen Erstaunen der anwesenden Kinder an's Tageslicht.

So war denn glücklich die Ursache für die unter so bedrohlichen Erscheinungen einsetzende Erkrankung gehoben.

Offenbar hatte sich die Prothese anfänglich, nachdem sie beim Einschlafen verschluckt wurde, zunächst über dem Aditus ad laryngem festgesetzt, war vielleicht auch mit einem Schenkel zwischen die Glottis selbst gerathen und hatte hierdurch die vorhin gekennzeichneten stürmischen Symptome hervorgerufen. Zu dieser Zeit vermochte Patientin noch den Wein hinunterzuschlucken. Später ist dann der Fremdkörper durch Schlingbewegungen und Hustenstösse von hier weggerückt und gelangte hinter den Larynx in den Anfangstheil der Speiseröhre, wo er sich so festsetzte, dass er dessen ganzes Lumen einnahm, so dass nichts mehr geschluckt werden konnte, andererseits aber die Athmung frei wurde.

Referate und Bücheranzeigen.

H. Quincke: Ueber Pneumotomie und

H. Quincke: Ueber Pneumotomie bei Phthise. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und der Chirurgie, redigirt von Mikulicz und Naunyn. I. Band, Heft 1 und 12. Jena 1896, Gustav Fischer.)

Nachdem Q. schon früher über 3 mit Erfolg operirte Fälle berichtet, theilt er in der erstgenannten Arbeit 14 neue, wenigstens theilweise, erfolgreiche mit und gibt ausserdem eine tabellarische Uebersicht der seit 1887, seit Runeberg's Zusammenstellung, veröffentlichten. Von 54 Fällen sind 37 Proc. geheilt, 37 Proc. gestorben, in 6 Proc. ist kein, in 20 Proc. ein unvollkommener Erfolg erzielt worden. Von 20 acuten Fällen (einfache Abscesse, acute Gangraen und gangraenöse Abscesse) sind 35 Proc. gestorben, die übrigen 65 Proc. geheilt. Die mit Gangraen verbundenen acuten Processe geben eine wesentlich ungünstigere Prognose als die einfachen. Viel schlechter ist der Verlauf bei Fällen mit chronischen Processen (einfache Abscesse und Bronchiektasien, chronische putride Fälle nebst putriden Processen nach Fremdkörpern), von denen 38 Proc. gestorben, 20 Proc. geheilt, während bei 9 Proc. gar kein und bei 32 Proc. ein unvollkommener Erfolg (Nachlass der Secretion oder Ableitung durch eine permanente Fistel) erreicht ist. Am kleinsten ist die Zahl der wirklichen Heilungen bei den putriden Fällen. Die grosse Mehrzahl der Eiterhöhlen war in den Unterlappen gelegen, nur 5 lagen vorn oben, 3 vorn in der Mitte. Auf rechts und links waren sie in gleicher Weise vertheilt.

Der Unterschied in der Prognose der acuten und chronischen Fälle erklärt sich aus den anatomischen Verhältnissen. Bei der spontanen Heilung eines frischen Abscesses wird die Eiterhöhle dadurch beseitigt, dass das umgebende Gewebe nach der Narbe herangezogen wird. Dem wirkt in der Lunge ausser der Elasticität des Gewebes der elastische Zug des in der starrwandigen Thoraxhöhle ausgespannten Organs entgegen, ferner, wenigstens bei älteren Individuen, die Festigkeit und Starrheit der Rippen. Namentlich gilt dies von der Lungenspitze, wo der Rippenring geschlossener und fester ist, und die obere Apertur wenig nachgiebig, während der Weichtheilverschluss der unteren Thoraxapertur und die geringere Festigkeit der Rippen den unteren Lungenlappen viel eher eine narbige Deformation gestatten. Dagegen sind in den Oberlappen die Abflussbedingungen günstiger. Daher ist für Höhlen in letzteren die Eröffnung unwesentlich, Nachgiebigmachen der Umgebung durch Rippenresection die Hauptsache. Die Höhlen der Unterlappen dagegen müssen vor allem durch Eröffnung und Secretableitung entlastet werden.

In den chronischen Fällen sind die Höhlen der Unter- denen der Oberlappen dadurch ähnlicher geworden, dass Lungengewebe, Pleura und häufig auch Rippen ihre Nachgiebigkeit eingebüsst haben. Immer werden dann ausgedehntere Rippenresectionen oder Verödung oder Einschmelzung der bindegewebig indurirten Lungensubstanz durch Incision oder besser durch Chlorzinkätzung erforderlich sein. Bisweilen wird die Nachgiebigkeit der Umgebung sich überhaupt nicht wieder herstellen lassen.

Für die acuten Processe ergibt sich hieraus die Indication, sie frisch zu operiren, ehe sie chronisch werden. Der Moment des Eingreifens bestimmt sich nach dem Allgemeinbefinden, dem Fieber, namentlich danach, ob eine Verkleinerung der Höhle sich nachweisen lässt oder nicht. Putrescenz des Abscesses macht die Indication zur Operation um so dringender. Auch bei chronischen Abscessen und sackförmigen Bronchiektasien hält Q. trotz der ungünstigeren Prognose die Operation für geboten, sogar bei multiplen Bronchiektasien wenigstens für gerechtfertigt, da eine beständige Gefahr für die gesunden Theile der Lunge besteht, namentlich bei dem Vorhandensein putrider Processe.

Betreffs der Diagnose betont Q., dass die Periodicität des Auswurfs nicht absolut sicher das Vorhandensein einer Höhle beweist, sowie, dass die Menge des Sputums keinen Schluss auf die Grösse der Höhle gestattet, da der Inhalt der letzteren oft die Bronchialschleimhaut in grosser Ausdehnung zur Secretion reizt. Der Sitz der Höhle kann durch den Nachweis der classischen Höhlensymptome nur ausnahmsweise festgestellt werden, da dieselben bei den unten und in der Mitte gelegenen Höhlen oft vermisst werden. Länger bestehende Höhlen liegen gewöhnlich unten, besonders hinten unten. Wo aus allgemeinen Gründen eine Höhle angenommen werden muss, und eine Dämpfung hinten unten ohne deutliche locale Höhlensymptome besteht, wird der Eingriff unterhalb des Schulterblattwinkels zu geschehen haben. Von hier aus wird sich auch eine in der Umgebung (medial oder lateral, oben oder unten) gelegene Höhle erreichen lassen. Die Probepunction wendet Q. zur Eruirung des Sitzes der Höhle nur sehr selten an, wegen der Unsicherheit auch bei positivem Ergebniss und der Gefahr einer Pleuritis.

Die Operation eines Lungenabscesses wird in der Regel nicht durch einfache Punction, sondern durch breitere Eröffnung zu erfolgen haben. Für die Eröffnung des acuten Abscesses ist die Entfernung mindestens eines Rippenstückes von 5—7 cm Länge erforderlich. Bei älteren Abscessen, multiplen Bronchiektasien und bei nicht ganz sicherer Localdiagnose ist es zweckmässiger, 2 bis 4 Rippen zu entfernen nebst Periost und Weichtheilen der Intercostalräume. Im Bereiche des Operationsfeldes werden dann Probepunctionen an verschiedenen Stellen ausgeführt und bei positivem Ergebniss der Stichcanal mit Thermocauter erweitert. Trifft die Nadel den Eiterherd nicht, so wartet man ab oder senkt auch den Thermocauter in der wahrscheinlichen Richtung einige Male in das Lungengewebe; manchmal bricht dann der Abscess nach einigen Tagen spontan durch. Blutungen sind um so weniger zu befürchten, je näher man sich der Lungenoberfläche befindet. Sie scheinen leichter bei mechanischer Erweiterung der Fistelcanäle durch Laminaria oder Pressschwamm einzutreten, als bei

Anwendung des Thermocauters. Einer von Q.'s Fällen zeigt die Gefahr solcher Blutungen bei Stauungshyperaemie in Folge Herzfehlers. Bei chronischer Induration und Bronchiektasie können die Lungenvenen bis nahe an die Pleura erweitert sein, so dass dann auch die oberflächliche Anwendung des Thermocauters verderblich werden kann durch Eröffnung eines erweiterten Lungenvenenastes mit nachfolgender Luftembolie, welche in einem von Q.'s Fällen die wahrscheinliche Todesursache gewesen ist. Das Einlegen eines Drainrohrs erweist sich oft für den Abfluss zweckmässig. Dasselbe darf nicht zu lang und zu dick gewählt werden, auch nicht zu lange liegen, wegen der Gefahr der Druckusur und der Blutung. Bei fortbestehender Fistel hat Q. manchmal den Drain durch einen Gummischlauch mit einer unter der Kleidung getragenen zweiröhrigen Glasflasche verbunden.

Vorbedingung für die Ausführung der Pneumotomie ist das Bestehen fester pleuraler Adhaesionen. Dieselben können selbst bei Jahre lang bestehenden Eiterhöhlen fehlen, in acuteren Fällen vorhanden sein. Zuweilen gibt die Anamnese (Schmerzen) oder die Art der voraufgegangenen Krankheit (acute Pneumonie, Pleuritis) einen Anhaltspunkt für das Vorhandensein.

Inspiratorische Einziehung der unteren Rippen, mangelnde inspiratorische Verschiebbarkeit der Lungenränder sind unsichere Zeichen, weil sie auch bei partiellen Adhaesionen vorkommen und bestehende Adhaesionen durch Zerrung gelockert werden und respiratorische Verschiebbarkeit gestatten können. Ganz unsicher ist die Probe mit Einstich einer Nadel in die Lunge, da die Nadelspitze nach Q.'s Erfahrungen auch bei Verwachsungen fast regelmässig nach unten geht. Wenn feste Adhaesionen fehlen oder ihr Bestehen zweifelhaft ist, müssen sie künstlich herbeigeführt werden. Dies wird erreicht durch Freilegung der Pleura parietalis mittelst subperiostaler Resection eines oder mehrerer Rippenstücke, event. mit gleichzeitiger Entfernung der zwischenliegenden Intercostalmuskeln. Bei Tamponade der Wunde entwickelt sich dann eine adhaesive Pleuritis. Es ist rathsam, nun 12—14 Tage bis zur Operation zu warten, da bei früherem Operiren die Adhaesionen nicht immer genügend fest waren, so dass man die Pleura costalis mit der Pleura pulmonalis durch eine fortlaufende Naht vereinigte, was Q. nicht für empfehlenswerth hält wegen der Gefahr eitriger Infection der Pleurahöhle durch die Stichcanäle bei oberflächlicher Lage des Eiterherdes. Für das sicherste und in nicht drängenden Fällen wohl anwendbare Verfahren hält Q. das früher von ihm geübte: Durchtrennung der Weichtheile bis auf die inneren Intercostalmuskeln und mit mehrtägigen Intervallen wiederholtes Einlegen von Chlorzinkpaste in die Intercostalräume, Resection der Rippen erst nach mehreren Wochen, dann nochmaliges Warten event. mit nochmaliger Anwendung von Chlorzinkpaste.

Die Kranken bei der Operation ganz auf die gesunde Seite zu legen, hat Q. möglichst vermieden, um nicht die gesunde Lunge mit Höhlensecret zu überschwemmen, und lieber bei Diagonallage an dem nach der Seite und etwas nach abwärts gewendeten Rücken operirt. Die Narkose darf nicht so tief sein, dass keine Hustenbewegungen stattfinden, wegen der drohenden Eiteraspiration und der gewöhnlich bestehenden Schwäche. In manchen Fällen hat Q. sich lieber mit Morphiuminjection und Localanaesthesie begnügt.

In der zweiten Abhandlung stellt Q. 10 Fälle aus der Literatur zusammen, in denen tuberculöse Eiterhöhlen in ähnlicher Weise wie einfache Abscesse eröffnet sind. Nur in 3 Fällen verheilte die Operationswunde und trat Besserung der übrigen Symptome ein, welche aber nur in einem Falle noch 5 Jahre nachher bestand. Einmal wurde Besserung bei bestehender Fistel erreicht. Im Anschluss hieran veröffentlicht Q. einen eigenen ohne Erfolg auf diese Weise operirten Fall. Nachdem dann eine kurze Uebersicht der Versuche gegeben ist, eine örtlich begrenzte Tuberculose der Lunge durch Exstirpation des erkrankten Lungentheils zu beseitigen, kommt Q. auf die Methode zu sprechen, tuberculöse Lungenherde, nach Resection der nächst gelegenen Theile der Brustwand, durch Schrumpfung und Narbenbildung zur Heilung zu bringen. Durch ein solches Verfahren hat Spengler in einem Falle Heilung erzielt. In einem zweiten von Bier operirten, von Q. hier mitgetheilten Falle ist wenigstens erhebliche Besserung temporär erreicht worden.

Für welche Fälle der Lungenphthise eine operative Behandlung passt, lässt sich nach Q. zur Zeit, bei der geringen Erfahrung, nicht sicher sagen. Obwohl der Erfolg, bei der Natur der Krankheit, kaum jemals ein vollkommener sein kann, ist der Versuch in den seltenen Fällen umschriebener Lungentuberculose doch nicht ganz zu verwerfen. Die Aufgabe ist, weil die meisten Cavernen in den Spitzen gelegen, nur selten Verbesserung des Eiterabflusses, häufiger Begünstigung der natürlichen Schrumpfung und bindegewebigen Verödung des Krankheitsherdes, daher vor allem Mobilisirung der Brustwand durch Rippenresection und nur ausnahmsweise Eröffnung von Eiterhöhlen (nur bei Secretstauung oder Vorhandensein grösserer Sequester). Die Operation sollte nur bei der fibrösen Form der Phthise vorgenommen werden, ist aber nicht an das Bestehen von Cavernen gebunden.

Osann-Kiel.

Dieudonné: Ueber diphtheriegiftneutralisirende Wirkungen der Serumglobuline. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt, Bd. XIII, 1897, Seite 293—300.

Diese Arbeit ist vom höchsten Interesse für alle Diejenigen, welche sich über die Natur der momentan so sehr im Vordergrund des Interesses stehenden giftneutralisirenden Stoffe des Diphtherieserums nicht mit irgend einem Schlagwort, wie Globulin u. dgl. hinweghelfen. Bekanntlich können Globuline auf verschiedene Methoden ausgefällt werden; Dieudonné hat drei angewandt: Fällung durch Magnesiumsulfat, durch Kohlensäure und mittels Dialyse. Aber die so gewonnenen Präparate zeigten ganz verschieden starke Wirkungen auf das Diphtheriegift. So erwies sich das mit Kohlensäurefällung erhaltene Globulin weit weniger wirksam, als das durch Magnesiumsulfat erhaltene, welches seinerseits durch die Reinigung mittels Kohlensäure und Dialyse ebenfalls beträchtliche Verluste seiner antitoxischen Eigenschaften erlitt. Da im Weiteren sich herausstellte, dass die Wirkung der von den Globulinen befreiten Serumflüssigkeiten etwa umgekehrt proportional der Wirksamkeit der daraus gewonnenen Globuline war, und da das normale Serum so ziemlich den gleichen Globulingehalt hat, wie das Diphtherieserum, so kommt Dieudonné zu dem Schlusse, «dass die antitoxische Eigenschaft nicht dem Globulin, sondern unbekannten, im normalen Serum enthaltenen Körpern zukommt, welche bei der Darstellung des Globulins mechanisch in den Niederschlag mitgerissen oder hartnäckig festgehalten und zugleich dadurch concentrirt werden. Bei der raschen Ausfällung mit Magnesiumsulfat werden diese viel leichter mitgerissen, als bei der langsameren durch Kohlensäure oder Dialyse. Die Unterschiede in der Abscheidung machen sich auch äusserlich dadurch bemerkbar, dass der durch Magnesiumsulfat gewonnene Niederschlag viel massiger ist, als der durch Dialyse und besonders als der durch CO_2 erhaltene».

Ueber die Natur dieser Stoffe werden weitere Untersuchungen sicherlich noch Aufklärung bringen; vorläufig ist es immerhin von Werth, zu wissen, was sie nicht sind, und da sie sich auch im normalen Serum finden, so stellen sie offenbar nicht ein Novum im thierischen Haushalt dar, sondern einen Körper, der je nach den gegebenen Verhältnissen in grösseren oder geringeren Mengen im Organismus kreist.

Buttersack-Berlin.

Penzoldt-Stintzing: Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. G. Fischer, Jena.

Wir haben in diesen Blättern des therapeutischen Handbuches von Penzoldt-Stintzing schon wiederholt, theils in specielleren Referaten einzelner Capitel desselben, theils in zusammenfassenden Besprechungen gedacht, während es im Erscheinen begriffen war. Inzwischen ist das Werk vollständig geworden und liegt nun in stattlichen 6 Bänden, deren Seitenzahl je zwischen 700 und 1300 sich bewegt, vor uns. Schon ist ein Ergänzungsband in Vorbereitung, der «die Serumbehandlung der Diphtherie» (Ganghofner), einen Abschnitt über «Krankenpflege» (Mendelsohn) und «die Behandlung der von den weiblichen Genitalien ausgehenden Entzündungen des Bauchfells und des benachbarten Zellgewebes» (v. Winckel) enthalten und noch im laufenden Winter erscheinen soll. Die uner-

müdlichen Herausgeber sind solchergestalt dafür besorgt, das Werk zu vervollständigen und mit den rasch erfolgenden modernen Neuerungen auf therapeutischem Gebiete fortwährend gleichen Schritt zu halten.

Unsere Ansicht über das Werk haben wir schon des Oefteren ausgesprochen. Der Gedanke, einmal eine Heerschau über unser ganzes therapeutisches Wissen zu halten, hat sich als ein durchaus glücklicher und fruchtbringender erwiesen. Dank der emsigen Bemühungen der Herausgeber ist es gelungen, eine stattliche Zahl der bedeutendsten Therapeuten für das Werk zu gewinnen. Das ungeheuere Material an Heilmitteln und Heilmethoden, welches die Jahrhunderte angehäuft haben, ist durch die persönliche Erfahrung dieser Autoren durchfiltrirt und wird in geklärter Form dem Leser geboten. Gerade die Abschnitte, in denen das subjective Element des Bearbeiters am meisten zu Tage tritt, müssen unseres Erachtens für den, der sich aus dem Buche Rath erholen will, am werthvollsten erscheinen. Nicht was überhaupt je angewandt wurde, sondern was sich in den Händen viel beschäftigter und erfahrener Aerzte bewährt hat, ist es ja, was für den Praktiker zu wissen wünschenswerth erscheint. Fast durchweg haben die Verfasser es indessen verstanden, die Betonung der eigenen Erfahrung mit Vollständigkeit in kritischer Berücksichtigung alles überhaupt in Frage Kommenden zu verbinden.

Der erste Band des Werkes umfasst die Behandlung der Infectionkrankheiten. Wir haben über ihn früher eingehend auch im Einzelnen berichtet.

Die überaus grosse Fülle des Stoffes verbietet es uns, mit den weiteren Bänden ebenso zu verfahren. Wir können nur in grossen Zügen auf den Inhalt derselben eingehen. Für heute möge dies mit dem zweiten Bande geschehen. Derselbe umfasst die Behandlung der Vergiftungen sowie die der Krankheiten des Stoffwechsels, des Blutes und des Lymphsystems.

Nach einer Darlegung der allgemeinen Grundsätze bei Behandlung der Vergiftungen (Binz-Bonn) findet die Therapie der Vergiftung mit Metalloiden (Schuchardt-Gotha), der mit Metallen (Wollner-Fürth), mit künstlichen Kohlenstoffverbindungen (Husemann-Göttingen und Moeli-Berlin), mit Pflanzenstoffen (Husemann-Göttingen), ferner die Behandlung des chronischen Morphinismus und Cocaïnismus (Erlenmeyer-Bendorf), des Ergotismus, der Pellagra und des Lathyrismus (Tuczek-Marburg) und schliesslich die der Vergiftung mit Thier- und Fäulnissgiften (Husemann-Göttingen) eine zum Theil überaus eingehende Darstellung. Den Schluss der inhaltreichen Abtheilung bildet die Therapie der bei Vergiftungen vorkommenden Erkrankungen des Sehorgans (Eversbusch-Erlangen).

Die Behandlung der Stoffwechselkrankheiten ist von Emil Pfeiffer-Wiesbaden und von Mering-Halle bearbeitet, von Ersterem die der Fettleibigkeit, Abmagerung, Gicht und einiger anderer Stoffwechselanomalien (Phosphaturie, Oxalurie, Haemoglobinurie, Lipurie und Chylurei), von Letzterem die des Diabetes mellitus. Beide Autoren, die ja auf den betreffenden Gebieten bereits früher eine hervorragende wissenschaftliche Thätigkeit entfaltet haben, haben sich ihrer Aufgabe mit grossem Geschick entledigt. Die Darstellung ist eine kritische und erschöpfende. Dass auf die diätetischen Vorschriften das Hauptgewicht gelegt wird, ist selbstverständlich.

An der Darstellung der Therapie der Erkrankungen des Blutes und der blutbereitenden Organe sind Mendelsohn-Berlin, Schönborn-Würzburg und Litten-Berlin betheiligt. Ersterem ist das Capitel der Krankenpflege und allgemeinen Behandlung der Bluterkrankung zugefallen. Es hat in ihm einen gewandten und denkenden Darsteller gefunden.

Der Chirurg Schönborn handelt über die allgemeine chirurgische Therapie, die Blutentziehung, die In- und Transfusion und Litten endlich üder die specielle Therapie der Blutkrankheiten. Die Plethora, die verschiedenen Formen der Blutarmuth, die Sklerose, perniciöse Anaemie, Leukaemie und Pseudoleukaemie und endlich die sog. haemorrhagischen Diathesen Scorbut, Haemophilie und Morbus maculosus finden eine treffende Schilderung.

In die Darstellung der Therapie der Erkrankungen des Lymphsystems haben sich aus leicht verständlichen Gründen wieder ein Internist und ein Chirurg, Biedert-Hagenau und Angerer-München getheilt. Mit deren trefflichen Abhandlungen schliesst der zweite Band.

Wir behalten uns vor, auf die weiteren Bände des Handbuches in diesen Blättern demnächst zurückzukommen.

Wir glauben damit nur eine Pflicht gegen das ausgezeichnete Werk zu erfüllen. Moritz.

Urban-Leipzig: Lehrbuch der kleinen Chirurgie für Studirende und Aerzte. Mit 254 Abbildungen im Text. Leipzig. Verlag von Veit & Comp. 1896. Preis 7 Mark.

Verfasser hat «in das vorliegende Buch diejenigen Capitel der Chirurgie aufgenommen und ihre Grundzüge namentlich für Anfänger festgestellt, die er durch 11 Semester als erster Assistent der chirurgischen Klinik in Leipzig unter Prof. Thiersch in Cursen vortrug und praktisch einübte».

Das 336 Seiten umfassende Werkchen behandelt in 3 Theilen die Verbandlehre, alle Fragen der Wundbehandlung, die Narkose, Massage und wirklich alle diejenigen chirurgischen Verrichtungen, wie sie jedem praktischen Arzte täglich vorkommen.

Das ganze Buch ist fesselnd geschrieben; knapp und doch erschöpfend setzt es überall gerade das praktisch Wichtigste in's gebührende Licht.

Geradezu als Musterdarstellung möchte ich den Theil bezeichnen, der die Verbandlehre behandelt. In vorzüglicher Weise finden wir hier Verbandmaterial, die typischen Binden- und Tücherverbände, Schienenverbände, erhärtenden Verbände, Streck- und Druckverbände, sowie die wichtigsten Verbände bei den einzelnen Knochenbrüchen, zugleich mit Angabe der Einrichtungsmethoden besprochen. Ungemein zahlreiche vorzügliche Abbildungen tragen wesentlich zum leichten Verständniss bei.

Der zweite Theil behandelt die Wundbehandlung. Der Lister'sche Verband, die Sublimatantisepsis, das ganze Gebiet der Asepsis, letztere mit zahlreichen Abbildungen der wichtigsten Sterilisirapparate, das Behandlungsverfahren bei frischen Verletzungen, bei Verbrennungen, bei inficirten Geweben (Panaritien, Furunkel, Carbunkel etc.) ist hier in treffender, klarer Weise behandelt. Bei der Besprechung der Störungen im Wundheilungsverlauf aseptischer Wunden habe ich eine kurze Erwähnung des aseptischen Resorptionsfieber vermisst.

Den dritten Theil eröffnet eine frisch und lebendig geschriebene Schilderung der Chloroformnarkose, der Morphiumchloroformnarkose und der Aethernarkose. Alle wichtigen Punkte sind gebührend hervorgehoben. Jetzt folgt eine Besprechung der Bruchbänder, Bäder, Umschläge, Einläufe, des Katheterismus, der Aetzmittel, der Glühhitze, der Punction, Einspritzung, Blutstillung und Naht; schliesslich sind die wichtigsten Prothesen kurz besprochen. Ausführlicher werden Massage (zahlreiche Abbildungen) und Transplantation beschrieben. Gerade die Besprechung der letzteren erscheint dem Referenten besonders dankenswerth, da sie kurz das schildert, was Thiersch in dieser Hinsicht geschaffen und der Schöpfer der modernen Hautüberpflanzung als bewährt beibehalten hat.

In einem Anhang, dem U., wie er selbst sagt, das Minderwerthige einverleibt hat, werden kurz die eiterbildenden Eingriffe (Fontanelle, Moxa, Haarseil), die blutentziehenden Mittel (Blutegel, Schröpfen, Aderlass) und schliesslich die hautreizenden Mittel (spanisches Fliegenpflaster, Senf, Jodtinctur) besprochen und nach ihrem Werthe gewürdigt. Nach des Referenten Meinung dürften in einer folgenden Auflage die eiterbildenden Eingriffe als gänzlich veraltet wohl mit gutem Gewissen weggelassen werden.

Alles in Allem — Urban's «kleine Chirurgie» ist nicht nur für den Anfänger, sondern auch für den schon länger in der Praxis stehenden Arzt desswegen von besonderem Werthe, weil es, wie nicht leicht ein anderes Werk gleichen Umfanges, in knapper, stets fesselnder Form gerade die praktisch wichtigen Momente bei der Ausübung der kleinen Chirurgie gebührend hervorhebt und das Facit darstellt, das Urban als mehrjähriger Assistent von Thiersch aus seiner mehr als fünfjährigen Thätigkeit gezogen hat. Gerade der letztere Umstand verleiht dem Buche ein ganz besonderes Interesse. Wem es darum

zu thun ist, in allen Fragen der kleinen Chirurgie rasch, zuverlässig und praktischen Rath zu finden, dem sei das ganz vorzügliche Werkchen auf's Beste empfohlen.

Doerfler-Weissenburg.

A. Steffen: Ueber einige wichtige Krankheiten des kindlichen Alters. Abhandlungen und Beobachtungen aus dem Stettiner Kinderspital. Tübingen-Laupp. 1895. 280 S.

Unter vorstehendem Titel bespricht Verf. an der Hand einer reichen eigenen und aus der Literatur citirten Casuistik zunächst Erkrankungen des Beckenzellgewebes, deren er 112 Fälle, — darunter 31 selbst beobachtete — zusammenstellen konnte; dieselben sind aetiologisch geordnet; am häufigsten kommen hier Typhlitis und Perityphlitis (29 mal), dann Erkrankungen der angrenzenden Knochenpartien (Becken 7 mal, Hüftgelenk 8 mal, Wirbelsäule 13 mal) und Perinephritis (mit 21 Fällen) in Betracht, endlich Traumen und Beckengeschwülste (6 bezw. 5 mal). Nach einer klinisch-diagnostischen Zusammenfassung der einzelnen Gruppen äusert sich Verf. bezügl. der Prognose dahin, dass diese nicht immer ungünstig sei, indem von den 112 Fällen 77 geheilt wurden, — von vornherein infaust erscheinen jene Fälle, bei welchen tuberculöse, septische oder metastatische Processe vorliegen. Die Therapie hat sich zunächst im Allgemeinen auf Ruhiglagerung, Kälteanwendung, Darreichung von Opiaten und wenig consistenter Nahrung zu beschränken; wo Abscessbildung wahrscheinlich wird, ist ein operativer Eingriff indicirt.

Im 2. Capitel über Erkrankungen des Gehirns und seiner Hüllen finden wir zunächst einen dankeswerthen Hinweis auf das gewiss nicht so seltene Vorkommen von Meningitis simplex in den ersten Lebensjahren und auch bei Kindern unter einem Jahr, wo die Krankheit ohne Vorboten sehr ernst einsetzt und rasch tödtlich verläuft; anatomisch kann man event. nur intensive Hyperaemie oder eine Blutung constatiren. Die Affection ist meist der Ausdruck einer acuten Infection vom Darmcanal ausgehend; die Prognose ist ungünstig, da auch im Falle des Ueberstehens der Krankheit üble Folgen quoad geistige Entwicklung oder von Seiten der Sinnesorgane, der motorischen und sensiblen Organe zurückbleiben. Weiter theilt Verf. Beispiele von Meningitiden bei Pneumonie, Scarlatina, Schädeltrauma etc. mit. Nach Erörterung der operativen Methoden zum Zwecke der Beseitigung der meningealen Ergüsse geht Verf. über zu den Tumoren des Cerebellum. Nach Darlegung der anatomisch-physiologischen Verhältnisse bespricht St. an der Hand von 70 hiehergehörigen Fällen die hauptsächlichsten Symptome: Das hartnäckige und häufige Erbrechen, intensive Kopfschmerzen besonders der Occipitalgegend und die sog. cerebellare Ataxie. Letzteren Ausdruck hält Verf. für unrichtig, da es sich hier nur um Schwäche und Erschlaffung der Musculatur handelt, wobei jedoch die Sensibilität nur selten in auffallender Weise benachtheiligt ist, so dass also eine Coordinationstörung im gewöhnlichen Sinne nicht bestehe; der Gang ist vorsichtig, langsam, breitbeinig. Störungen des Sehvermögens sind häufig bei cerebellaren Tumoren; St. fand Pupillendilatation 20 mal, Coordinationsstörung der Augenmuskel 16 mal, Neuritis optica 15 mal, Amblyopie 8 mal, Atrophie des Sehnerven 5 mal und endlich 24 mal Amaurose. Unter 13 Fällen mit Angaben über das Verhalten des Patellarreflexes finden wir 5 mal Steigerung, 8 mal Fehlen desselben. Von den Symptomen bei acut entstehenden Tumoren sind dann noch die Reizerscheinungen, klonische und tonische Krämpfe erwähnt, welche von Contracturen begleitet oder gefolgt sein können; durch den secundären ventriculären Hydrocephalus werden die Reizerscheinungen mehr weniger verdeckt. Als seltenere Reizerscheinungen sind Delirien und Gefrässigkeit aufgeführt; die später folgenden Ausfallserscheinungen manifestiren sich zunächst nur als Schwächezustände, die ohne Weiteres in Lähmungen übergehen können. Den Schluss dieses interessanten Capitels bilden zusammengefasste klinische Mittheilungen über Atrophie und Sklerose des Kleinhirns, über Differentialdiagnose zwischen Erkrankungen des Cerebellum und solchen der Corpora quadrigemina, endlich über Gehirnabscesse. Von 39 hieher gehörigen Fällen sind 21 geheilt, darunter 16 durch Operation; von den 18 Gestorbenen waren 6 operirt.

Die letzten 3 Capitel des Buches sind vorwiegend therapeutischen Mittheilungen gewidmet; bei den acuten Herzdilatationen im Scharlach sah Verf. günstige Wirkung von kühnen Gaben von Secale cornutum (0,3—0,5 drei bis viermal in 24 Stunden.) Zu dem Capitel über pleuritische Exsudate spricht sich St. auch bei schwächlichen Kindern für einen möglichst frühzeitigen Eingriff aus, und zwar sofort Incision event. mit Resection, diese immer bei kleineren Kindern. Im letzten Capitel über Typhusbehandlung empfiehlt Verf. das Thallin. sulfur; auch hier finden wir interessante Casuistik eingestreut, die das Buch zu einer belehrenden Lectüre für jeden Praktiker gestaltet.

Seitz.

E. v. Esmarch: Hygienisches Taschenbuch für Medicinal- und Verwaltungsbeamte, Aerzte, Techniker und Schulmänner. Berlin bei J. Springer 1896. 240 S.

Wer an der Ausführung oder Begutachtung hygienischer Einrichtungen und Verhältnisse betheiligt ist, wird in diesem Buche einen trefflichen Rathgeber finden. Es enthält die maassgebenden Gesichtspunkte über die zu stellenden Anforderungen und zur Bildung eines Urtheils in der Praxis, es bringt die Methoden einfacher Untersuchungen, die sich an Ort und Stelle ausführen lassen, es gibt eine klare Darlegung der in bestimmten Fällen, z. B. beim Auftreten der einzelnen Infectionskrankheiten zu treffenden Maassregeln, dazu reichliche Zahlenangaben über die Beschaffenheit, Zusammensetzung und Bereitungsweise der verschiedenen einschlägigen Dinge, nennt auch die geeigneten Bezugsquellen für Materialien und Apparate, lauter Dinge, die in den gebräuchlichen Lehrbüchern der Hygiene entweder nur verstreut oder gar nicht vorkommen. Der reiche Inhalt in knapper und übersichtlicher Zusammenstellung wird dem hygienischen Taschenbuch viele Freunde verschaffen.

L. Heim-Würzburg.

Neueste Journalliteratur.

Deutsches Archiv für klinische Medicin. 58. Band, 1. Heft.

1) Ebstein-Göttingen: **Einige Bemerkungen zur Lehre vom Ohrenschwindel.**

Diese Arbeit macht auf die Beziehungen der Gicht zur Ménière'schen Krankheit aufmerksam. Arthritis urica, Schwindel und Gehörleiden finden sich oft nebeneinander. Es ist zwar bis jetzt noch nicht gelungen, bei solchen Mittelohrerkrankungen, wie beim gichtischen Tophus des äusseren Gehörganges, Urate zu finden. Trotzdem glaubt Verfasser die gichtische Natur des Processes nicht in Abrede stellen zu dürfen, da die Uratablagerungen erst im völlig abgestorbenen, nekrotischen Gewebe auftreten, dagegen fehlen, wo es sich lediglich um entzündliche gichtische Processe handelt.

Ebstein bespricht auch die im Gefolge von rheumatischen Erkrankungen und Influenza auftretende und die neurasthenische und hysterische Form des Ohrenschwindels.

2) Raceyn'ski-Krakau: **Ueber den Einfluss der Toxine von Streptococcus pyogenes und Bacterium coli commune auf den Kreislauf.**

Durch Blutdruckmessungen an mit Streptococcengift injicirten Thieren konnte Verfasser nachweisen, dass der Blutdruck trotz der starken, durch active Thätigkeit der Vasodilatoren bedingte Erweiterung der Arterien nicht abfällt und zwar desshalb, weil das nicht geschädigte Herz mehr zu arbeiten anfängt.

Die Toxine des Bacterium coli wirken schon kurz nach der Einverleibung auf das centrale Kreislauforgan selbst, die Herzaction wird unregelmässig, der Blutdruck sinkt bald, da die Herzfunction beträchtlich herabgesetzt wird.

Der bei septischen Processen beobachtete kleine, weiche Puls, der Collaps, findet seinen Grund in der Alteration des Gefässsystems bei gesundem Herzen, während dieselben Symptome bei der Peritonitis, einer Krankheit, die zumeist durch das Bacterium coli verursacht wird, viel bedrohlicher sind, weil sie durch Veränderung im Herzmuskel verursacht sind.

3) Deucher: **Ueber die Veränderung des Digitalinum verum in seiner Wirksamkeit durch den Einfluss der Magenverdauung.** (Aus der med. Klinik in Bern)

Die Thatsache, dass das Digitalin bei der Anwendung per os weit weniger günstig wirkt als bei subcutaner Injection findet durch die vom Verfasser angestellten Versuche ihre Erklärung. Das Digitalin wird durch die Magenverdauung in seiner Wirksamkeit zum guten Theil zerstört. Auch durch künstliche Verdauung wird der Effect des neuen Heilmittels wesentlich herabgesetzt.

4) Reineboth: **Die Diagnose des Magencarcinoms aus Spülwasser und Erbrochenem.** (Aus der med. Klinik in Halle.)

In 5 Fällen von Magenkrebs liess sich zweimal aus dem mikroskopischen Befund der Gerinnsel die sichere Diagnose auf Car-

cinom stellen. Verfasser fordert auf, in zweifelhaften Fällen die mikroskopische Untersuchung solcher aus dem Magen beförderten Partikelchen vorzunehmen.

Für die Frühdiagnose des Magencarcinoms zu einer Zeit, wo eine erfolgreiche Therapie noch Aussicht auf Erfolg hat, lässt sich aber nicht viel von der Untersuchung des Spülwassers erwarten.

Verfasser hat mit seiner Annahme wohl recht, dass schon eine Verbreitung des Tumors auf dem Wege der Lymphbahnen in die umgebenden Drüsen stattgefunden hat, wenn das Carcinom schon oberflächlich abbröckelt, also ulcerirt ist.

5) Brandenburg: **Ueber die Ernährung mit Caseïnpräparaten.** (Aus der med. Klinik in Giessen.)

Eingehende Stoffwechseluntersuchungen über die Resorption der Eiweisssubstanzen aus dem Magendarmcanal.

6) Galewsky und Schlossmann-Dresden: **Ueber Naevus linearis.**

Beschreibung einer angeboren flächenartigen Warzenbildung. Exstirpation mit dem Messer und Pacquelin. Heilung. — Zusammenstellung ähnlicher in der Literatur unter verschiedenen Namen beschriebenen linienformig angeordneten warzenartiger Efflorescenzen.

L. R. Müller-Erlangen.

Centralblatt für innere Medicin. 1897, No. 4.

L. A. Gluzinski und Ig. Lemberger-Krakau: **Ueber den Einfluss der Schilddrüsensubstanz auf den Stoffwechsel** (mit Bemerkungen über die Anwendung dieser Substanz bei Fettleibigkeit.)

Bei einem 28 Jahre alten, gesunden Manne mit mittelmässigem Panniculus adiposus wurde ein Stoffwechselversuch von 27 Tagen Dauer, eingetheilt in 5 Perioden, durchgeführt. Auf folgende Punkte wurde besonders geachtet: 1. Einführung einer genügenden Menge von Calorien in der Nahrung von Anfang an. 2. Verabreichung des Thyreoidins durch längere Zeit hindurch. 3. Vergleich der Schilddrüsentabletten mit der frischen Schilddrüse.

Die Schlussfolgerung dieses genauen Versuchs ist folgende: Beim Gesunden, bei genügender Calorienzufuhr, bewirkte die Darreichung von Schilddrüsentabletten in der Dauer von 7 Tagen eine Gewichtsabnahme von 400 g bei Erhaltung einer positiven Stickstoffbilanz. Die N-Bilanz aber wurde mit jedem Darreichungstage geringer, sodass die Voraussetzung, die N-Bilanz ginge bei längerer Darreichung in eine negative über, gerechtfertigt erscheint. Dass diese N-Bilanz während der Tablettendarreichung nicht in eine negative überging und nur die Neigung in dieser Richtung andeutete, wäre in dem Grunde zu suchen, dass die Wirkung der Schilddrüsensubstanz bei der Bereitung der Tabletten Einbusse erlitt, denn frische Schilddrüsensubstanz wirkt unvergleichlich energischer, verursacht schnellere Gewichtsabnahme und an diesem Zerfallprocess betheiligen sich auch die Eiweisskörper des Organismus. Während der 4tägigen Verabreichung frischer Schilddrüse betrug nämlich der Gewichtsverlust 1000 g; 200 g, also $^1/_5$ desselben, kamen auf Muskelsubstanz. Diese Thatsache beweist, dass die frische Substanz energischer auf die Eiweisszersetzung einwirkt, dass diese Wirkung theils in Folge der weiteren Verarbeitung, theils mit der Zeit (durch längeres Liegen der Tabletten) abgeschwächt wird. Desshalb erzielt man auch bei nur kurze Zeit, besonders mit künstlichen Schilddrüsefabrikaten durchgeführten Versuchen undeutliche Resultate.

Aus der Arbeit der Verfasser geht hervor, dass die Schilddrüsensubstanz auch in künstlichen Präparaten, während längerer Zeit gereicht, nicht ohne Einfluss auf den Eiweissbestand bleibt.

W. Zinn-Berlin.

Centralblatt für Chirurgie. 1897, No. 3 und 4.

No. 3. A. v. Zajontschkowski: **Bacteriologische Untersuchungen über die Silbergaze nach Dr. B. Credé.**

Z. theilt die Resultate seiner auf W. Krajewski's Anregung unternommenen bacteriologischen Untersuchungen mit, die u. A. ergaben, dass die Silbergaze nicht aseptisch, auch nicht bactericid ist (nur die Wachsthumsenergie der Bacterien schwächt) und dass die Bildung der reinen Räume unter und um die Gaze ausschliesslich auf der Imbibitionsfähigkeit der Gaze, keinesfalls auf der chemischen Wirkung des Actols beruht. Z. zieht die in Sublimat aufbewahrte Jodoformgaze der Silbergaze vor und behält sich vor, seine klinischen Resultate zu veröffentlichen.

C. Meyer: **Zur antiseptischen Kraft der Credé'schen Silbersalze.**

M. theilt mit Staphylococcus pyog. aur., Bac. pyocyaneus und Milzbrandsporen unternommene Versuchsreihen mit, die u. A. ergaben, dass erstere in einer Itrollösung 1 : 4000 erst nach 45 Min., in Actollösung 1 : 2000 nach $^1/_2$ Stunde abgetödtet werden, letztere, nachdem sie 5—7 Tage in gesättigter Itrollösung gelegen, noch auswachsen; dass Actol und Itrol in Wachsthumshemmung dem Sublimat in Eiweissnährboden nahe stehen, dass letzteres in wässeriger Lösung aber unendlich mächtigere antiseptische Wirkung entfaltet, als die Silbersalze.

No. 4. Catterina A.: **Die Resection des Handgelenks nach meiner eigenen Methode.**

Beschreibung der Methode (mit Eingehen zwischen Ringfinger und Mittelfinger, volar 5 cm, dorsal 15 cm langer Schnitt, Eindringen zwischen 3. und 4. metac., Aufklappen der beiden Handhälften gegen den Vorderarm zu und Exstirpation der Carpalknochen und Bases metacarp.), bei der die Hohlhandbögen, der tiefe Ast des ramus volaris prof. des Ulnaris nicht gefährdet werden, und die leicht und ungefährlich bei jeder Indication der Handresection (Tuberculose, Traumen) zu verwenden ist.

Trapp-Greifswald: **Ein Fall von Kopftetanus, geheilt unter Behandung mit Antitoxin Tizzoni.**

Erkrankung mit Spannung in der Nackenmusculatur 5 Tage nach Fall auf einen Steinhaufen (stark blutende Kopfwunde) bei 51jährigem Mann, bei dem sofort 4,5 Antitoxin in 75 ccm sterilisirt gelöst injicirt wurde, dann in halber Dosis am 6. und darnach noch am 11. Tag wiederholt wurde. Verlauf und Zunahme der Krankheitserscheinungen waren langsamer, als bei der kurzen Incubationsdauer zu erwarten. Der Fall lässt Tr. die gewiss gerechtfertigte Ansicht aussprechen, dass es sich für Kliniken und Hospitäler empfiehlt, Antitoxin vorräthig zu halten, um schleunigst eingreifen zu können, da es sonst leicht zu spät ist, bis man das Antitoxin erhält.

Schr.

Centralblatt für Gynäkologie. No. 4.

1) Adolf Calmann-Breslau: **Zur Technik der Alexander-Adams'schen Operation.**

Die gegen die genannte Operation geltend gemachten Einwände lassen sich nach C. durch eine verbesserte Technik meistens entkräftigen. Grossen Werth legt C. dabei auf die Fixationsnaht, damit vor Allem auch Hernien verhütet werden. Die Nähte sollen durch das Ligament in der Längsrichtung entsprechend dem Verlauf seiner Fasern gelegt und mit den Pfeilern des Leistenringes verknüpft werden. Die nähere Beschreibung der Nähte nebst Abbildungen müssen im Original nachgesehen werden. 32 nach diesen Grundsätzen operirte Fälle ergaben sehr gute Resultate.

2) Westphal-Stolp: **Ein Fall von Mastdarmvorfall, entstanden nach Operation eines totalen Uterusprolapses.**

Es handelte sich um eine 48jährige I. Para, die im Anschluss an das Wochenbett einen kindskopfgrossen Utero-Vaginalprolaps nebst Cysto- und Rectocele bekommen hatte. Ersteren entfernte W. nach Küstner durch eine Combination von Kolporrhaphie und Ventrofixatio uteri. Die Heilung verlief normal. Nach einigen Tagen stellte sich jedoch ein zunehmender Mastdarmvorfall ein, der schliesslich 14 cm lang war und weder durch Bandagen noch durch Massage zurückzuhalten war. W. entschloss sich desshalb zur Resection des Prolapses, die auch gelang. Patientin wurde völlig wiederhergestellt.

3) M. Graefe-Halle: **Ein Fall von Myxom des Labium majus.**

36jährige Frau, die vor 5 Jahren beim Tanzen plötzlich einen Schmerz in der linken Seite der äussern Genitalien verspürte. Daselbst entwickelte sich allmählich ein Tumor, der bald als Hydrocele, bald als Lipom angesprochen wurde. G. operirte die mannsfaustgrosse Geschwulst, die aus mehrfachen Cysten zusammengesetzt erschien. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein reines Myxom. Bindegewebsreste an der Peripherie und in der Umgebung der Gefässe deuteten auf den ursprünglich fibromatösen Charakter der Neubildung hin. Myxome der Vulva sind ausserordentlich selten.

4) P. Müller-Bern: **Erwiderung auf das Referat von R. Grüning über die Arbeit von Kleinwächter: «Zur Frage des Studiums der Frauen.»**

M. verwahrt sich dagegen, ein Gegner des Frauenstudiums genannt zu werden. Er lässt dasselbe zu, aber nicht bedingungslos. M. erwähnt noch, dass die medicinische Facultät von Bern auf Ersuchen der preussischen Regierung ein Gutachten in dieser Frage erstattet und sich einstimmig günstig über das Studium der Frauen ausgesprochen habe.

Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1897. No. 5.

1) Bonhoff-Steglitz: **Versuche über die Möglichkeit der Uebertragung des Rotzcontagiums mittelst Diphtherie-Heilserums.**

Die Versuche von B. ergaben, dass das Blutserum zweier rotzkranker Thiere bei Einverleibung auf empfängliche Thiere letztere nicht rotzkrank machte, dass ferner 0,5 Proc. Carbolsäurezusatz zu dem Serum diphtherie-immuner Pferde eine grosse Zahl lebenskräftiger, in diesem Material enthaltener Rotzbacillen in 2—4 Stunden so verändert, dass dieselben sich auf künstlichem Nährboden nicht vermehren und dass endlich durch 24 stündigen Aufenthalt in 0,5 proc. Carbolserum diphtherie-immuner Pferde den Rotzbacillen die Fähigkeit genommen ist, Meerschweinchen an Rotz erkranken zu lassen.

2) Heidemann-Berlin: **Ueber Folgezustände von pericardialen Obliterationen.** (Schluss folgt.)

3) E. H. Kisch-Prag-Marienbad: **Ueber eine bei Offizieren beobachtete Form nervöser Herzbeschwerden.**

Als charakteristischen Symptomencomplex nennt K., dass bei sonst vollkommen gesunden Männern plötzlich Anfälle mit beschleunigter Herzaction und gleichzeitiger Verminderung des Gefässtonus (kleiner, beschleunigter, arhythmischer Puls bei sonst normalem Herzbefund) eintreten, die eine günstige Prognose geben. Die Ursache erblickt Verf. in einem Insult des Herzhemmungscentrums, sowie des vasomotorischen Centrums. K. bespricht dann noch die von ihm geübte Therapie dieser Zustände.

4) O. Rosenbach: **Die Emotionsdyspepsie.**

In dem bereits in vor. Nummer begonnenen längeren Artikel bespricht R. den Einfluss ein- und mehrmaliger psychischer Reize auf die Function des Darmtractus. Die Symptome können trotz der gleichen Ursache sehr verschiedener Art sein. Nach ausführlicher Schilderung der Symptomatologie geht R. ausführlich auf die bei derartigen Fällen indicirte Therapie ein, deren Einzelnheiten im Original einzusehen sind. Besonderes Gewicht legt er auf die richtige psychische Behandlung derartiger Kranker.

5) E. Saul-Berlin: **Zur Catgut-Frage.**

Der Artikel bringt nur Polemisches gegen R. Schäffer.

Im Feuilleton ist eine bemerkenswerthe Auslassung von E. v. Bergmann über die «Heranziehung ärztlicher Honorare zur Gewerbesteuer» enthalten; cf. d. W., No. 5.

Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift 1897, No. 6.

1) Fürbringer und Freyhan: **Neue Untersuchungen über die Desinfection der Hände.** (Aus dem städtischen Krankenhause am Friedrichshain in Berlin.)

Die an einem Material von 250 Fällen sehr gründlich gemachten Untersuchungen bestätigen im Allgemeinen die von Ahlfeld in der D. med. Wochenschr. (1895 No. 51 und 1896 No. 6) gemachten Mittheilungen. Im Speciellen wird die Frage, ob mit Vortheil auf ein dem Alkohol folgendes Antisepticum verzichtet werden könne, verneint werden müssen. Die Wirkung des Alkohols ist eine direct bacterientödtende, er bahnt durch seine fettlösende und mit Wasser sich verbindende Eigenschaft sich nicht nur selbst einen Weg, sondern auch den nachfolgenden Desinficientien durch Bewerkstelligung der erforderlichen Adhaesion und löst die oberflächlichen Hautschuppen mit dem anhaftenden Schmutz einschliesslich der Bacterien und schwemmt sie ab. Je stärker concentrirt er zur Anwendung kommt, desto grösser ist seine antiseptische Kraft, in einer Concentration von 25 Proc. lässt er kaum mehr eine desinficirende Wirkung erkennen.

2) A. Fraenkel: **Beiträge zur Pathologie und Therapie der Aortenaneurysmen.** (Aus dem städtischen Krankenhause am Urban in Berlin.)

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin in Berlin am 19. October 1896, Referat siehe diese Wochenschrift 1896, No. 44, pag. 1090.

3) P. Schultz: **Gehirn und Seele.** (Aus dem physiologischen Institut in Berlin.)

Kritik der in Flechsig's gleichlautendem Vortrage niedergelegten Anschauungen.

4) Hallervorden-Königsberg i. Preussen: **Neurochemische Therapie.**

H. verlangt eine Anwendung der Psychologie und physikalischen Chemie speciell für die Therapie in der Neuropathologie. Er führt die einzelnen Symptome, wie Krämpfe etc., auf «Zellquellungen» zurück und empfiehlt eine Anwendung der «dissociirten» Salze (Cl Na und Cl K) bezw. der physiologischen Salzlösung zur Infusion und innerlich, daneben Milchdiät und Schwitzbäder.

5) Bussenius und Siegel: **Der gemeinsame Krankheitserreger der Mundseuche der Menschen und der Maul- und Klauenseuche der Thiere.** (Schluss aus No. 5.)

Ausgedehnte bacteriologische Untersuchungen des Secrets und des Blutes vom Menschen und vom Thiere, sowie Züchtungs- und Impfversuche ergaben das Vorhandensein des schon früher von Spiegel beschriebenen kleinen ovoiden Bacillus in beiden Formen der Infection. Eine genaue Beschreibung der morphologischen und biologischen Eigenschaften desselben findet sich im 1. Hefte des VI. Bandes des Archivs für Laryngologie. Es ist somit die Identität und Uebertragbarkeit der Maul- und Klauenseuche des Thieres und der Mundseuche des Menschen erwiesen.

6) Petri: **Zum gegenwärtigen Stande der Pestfrage.** (Aus dem kaiserl. Gesundheitsamte.)

Zusammenstellender Bericht über die Entstehung und Ausbreitung der in Indien herrschenden Pestepidemie, sowie der von den einzelnen Staaten getroffenen Schutzmaassregeln, die mit Ausnahme von England sehr streng vorgeschrieben sind und ebenso durchgeführt werden. F. L.

Wiener klinische Wochenschrift. 1897. Nr. 4.

1) J. Neumann-Wien: **Beitrag zur Kenntniss der Blasenmolen.**

Cfr. das Referat hierüber in den «Wiener Briefen», 1897, No. 4 d. Münch. med. Wochenschr.

2) F. Pick-Prag: **Ueber die Widal'sche Serum-Diagnose des Typhus abdom. unter Berücksichtigung der Trockenmethode.**

Nach einem kurzen Referat über die Vorgeschichte des Verfahrens, die Diagnose auf Typhus abdom. mittelst Prüfung der agglutinirenden Wirkung des Blutserums Typhöser auf eine frische Bouilloncultur Typhus Bacillen zu stellen, berichtet P. über eigene Untersuchungen nach einer im Princip ähnlichen Methode. Er untersuchte das Serum-Bouillon-Gemisch im hängenden Tropfen. Das Serum gewann er entweder durch Einstich in die Fingerbeere und Gerinnenlassen des ausfliessenden Blutes oder dadurch, dass er das Blut auf einem Streifen geleimten Papiers auffing, trocknen liess und es später durch Aufweichen mit Aq. destill. zur Untersuchung tauglich machte. Bei 20 typischen Typhusfällen war die Reaction (Klärung der vorher trüben Bouilloncultur durch den Serumzusatz und eintretende Bewegungshemmung der Typhusbacillen) jedesmal positiv, in einem Falle selbst an der Leiche, bei 12 typhusverdächtigen Fällen, die sich später als andere Krankheiten erwiesen, aber stets negativ. Bei anderen Affectionen ausser Typhus fand Pick niemals positive Reaction.

3) J. Wassermann-Wien: **Zur Diagnose innerer Krankheiten mittelst Röntgen-Strahlen.**

Referat s. in den Wiener Briefen, No. 5 d. Wochenschr.

1) N. Swoboda-Wien: **Ueber Osteomyelitis im Säuglingsalter.**

Die betr. Infection bei Säuglingen erfolgt durch die Placenta, oder bei der Geburt, durch den Nabelschnurrest, eine Mastitis, manchmal auch durch die Impfung. Klinisch ist zu bemerken: die Multiplicität der Knochenherde, die Häufigkeit der Epiphysenlösung, die Betheiligung der Gelenke, der acute, meist tödtliche Verlauf. Für die Differentialdignose kommt Luës und Tuberculose in Betracht. Verf. berichtet schliesslich über einen in Heilung endigenden Fall von Osteomyelitis bei einem Säugling. Die Herde an der l. Tibia und an der Wirbelsäule wurden eröffnet; der Eiter war mit Fetttröpfchen gemischt und enthielt massenhaft Staphylococcen.

Grassmann-München.

Englische und amerikanische Literatur.

K. Hutchinson: **On the active constituent of the Thyroid gland. (Der wirksame Bestandtheil der Schilddrüse.)** (British medical journal, 23. Jan. 1897).

Die Bestandtheile der Schilddrüse sind: Nucleo-Albumin, Extractivstoffe und colloide Substanz. Die ersten beiden enthalten keinerlei specifische Wirkung, die letztere lässt sich in eine proteïnhaltige und proteïnfreie Substanz spalten. Die proteïnhaltige, in in Form von Albumose, stellt ein farbloses, etwas hygroskopisches Pulver von bitterem Geschmacke dar, die proteïnfreie ist dunkelbraun, geschmack- und geruchlos. In 25 g Drüse sind 12 g der ersteren und 0,9 der letzteren enthalten. Der proteïnfreie Bestandtheil entspricht dem Baumann'schen Jodothyrin, aber auch der proteïnhaltige Theil ist jodhaltig und wirksam, wenn auch in schwächerem Grade. Hutchinson empfiehlt behufs genauerer Dosirung und leichterer Assimilirbarkeit eine Trennung und alleinige Anwendung der colloiden Bestandtheile der Schilddrüse.

R. Ross: **Observations on a condition necessary to the transformation of the Malaria crescent.** (Brit. med. Journ., 30. Jan. 1897).

Ross widerlegt durch seine Beobachtungen die Ansichten der italienischen Schule (Bignami etc.), wonach die Halbmond- und Geisselformen des Malariaparasiten nur Zeichen der Degeneration und Rückbildung sind und keine Bedeutung für die Entwicklung des Parasiten haben sollen. Er sieht in ihnen eine Weiterentwicklung des Parasiten. Durch das einfache Experiment des Einschliessens des aus der Haut austretenden Bluttropfens in Vaseline und damit Abschliessen desselben von der Luft und Verhinderung der Wasserverdunstung lässt sich der Process der Sphaerulisation und der Geisselbildung vollständig und beliebig lang vermeiden, obwohl der Parasit nach etwa 12 Stunden abstirbt. Die Ursache der Weiterentwicklung der Laveran'schen Halbmonde ist nach seiner Ansicht eine Veränderung in der Blutdichtigkeit, Vermehrung oder Verminderung des Wassergehaltes des Blutes. Im Musquito, den er für den Zwischenwirth des Parasiten anspricht, besteht eine verminderte Blutdichte, in ihm kann die weitere Evolution der Formen erfolgen. F. Lacher-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 3. Februar 1897.

Herr **Menke: Mechanische Intrauterin-Therapie.**

Vortragender berichtet über die Behandlung der Aplasie und Atrophie des Uterus, der hiedurch bedingten nervösen Beschwerden und der Sterilität, vermittelst der Sonde und des Uterinstiftes. Die Erfolge seien sehr gut, die Gefahren bei geeigneter Behandlung und Auswahl gering.

Discussion: Die Herren Landau, Falk, Gottschalk, Schönheim sprechen sich gegen die Stiftbehandlung aus, während von der Sondenbehandlung zuweilen günstige Erfolge gesehen wurden.

Herr Czempin, in dessen Poliklinik M. den grösseren Theil seiner Beobachtungen angestellt hatte, spricht sich für eine vorsichtige Auswahl der Fälle aus.

Herr **C. Benda: Zwei Fälle von Cholesteatom des Gehirns.**

B. bespricht zwei Fälle, von denen der eine (schon früher demonstrirte) die linke Hemisphäre des Kleinhirns, der andere die

Regio infundibularis des Grosshirns, die Umgebung des Pons befiel und in den III. Ventrikel und die Gehirnsubstanz hineingewuchert ist. Klinisch hatten beide Fälle (46 und 45 jährige Frauen) seit 20 bezw. 15 Jahren Gehirnerscheinungen gemacht, die aber keinen Anhalt für eine Tumorentwickelung boten. Im zweiten Falle überwogen die Trigeminusneuralgien so, dass Prof. F. Krause (Altona) die Exstirpation des Ganglion Gasseri vornahm.

Dem Vortragenden ist der Nachweis gelungen, dass in der zelligen Kapsel der Geschwulstmassen alle Schichten der Epidermis nachzuweisen sind, das Stratum cylindricum mit Zelltheilungen, das Str. spinosum mit Intercellularbrücken der Zellen, das Str. granulosum mit Eleïdin- und Keratohyalinkörnern, das Str. corneum mit typischen Hornschuppen, die theils durch die Gram'sche Färbung, theils durch Benda's Eisenhaematoxylin nachgewiesen wurden. Die Proliferation erfolgt durch Auswuchern von Zellzapfen aus der Kapsel. Der Tumor ist nicht auf die Arachnoidea beschränkt, stellenweise ist echte Arrosion der Hirnsubstanz erkennbar. B. fasst die Bildung in Uebereinstimmung mit Virchow als proliferirendes epidermoidales Cystoid auf. Als Ausgangspunkt vermuthet er, nach Zurückweisung der Keimversprengungstheorie, eine Metaplasie der vom embryonalen Medullarrohr abstammenden Epithelien der Hirn- oder Rückenmarkshöhlen. H. K.

Verein für innere Medicin in Berlin.

Sitzung vom 1. Februar 1897.

Herr **Litten** demonstrirt das von Aufrecht angegebene Instrument zur Auscultation mittelst Frictionsmethode. L. kann sich den Lobsprüchen A.'s nicht anschliessen.

Herr von **Leyden** demonstrirt mikroskopische Präparate von **Gonococcen aus Gelenkeiter.** Sie sind dem Kniegelenk einer Frau entnommen, bei der Gonorrhoe nicht nachweisbar ist. Reincultur unterblieb. Trotzdem hält v. L. die Diagnose für sicher und erklärt im Gegensatze zu anderen Autoren die Cultur zur Identificirung der Gonococcen nicht für nöthig.

Herr **Karewski: Die Perityphlitis im Kindesalter.** (Schluss). (cf. diese Wochenschrift No. 2.)

Eine Anzahl von Perityphlitiden geht trotz anfänglichen guten Verlaufes ungünstig aus, da sie durch Tuberculose oder Aktinomykose verursacht sind. Die erstere Affection ist namentlich sehr häufig und gar nicht selten bildet sie den Ausgangspunkt einer tuberculösen Peritonitis.

2jähriger Knabe, im Abdomen 2 grosse Tumoren; in dem Centrum des einen der perforirte tuberculöse Wurmfortsatz; sonstige Tuberculose des Darmes bei der Section nicht gefunden.

5jähriges Kind, behält von einer vor einem Jahre überstandenen Blinddarmentzündung einen harten Tumor zurück; allmählich kommt Hinken hinzu, das nicht von einer Coxitis abhängig war; der Tumor war unterdessen grösser geworden. Operation desselben, eines tuberculösen Abscesses und Resection des Wurmfortsatzes, Heilung.

Sehr ungünstig verlaufen die durch Aktinomykose verursachten Affectionen.

Die Indicationen zur Operation sind bei Kindern im Ganzen dieselben wie bei Erwachsenen und Vortragender ist nicht sowohl für frühzeitige, als vielmehr für rechtzeitige Operation, d. h. dann, wenn die Erkrankung nicht unter interner Therapie rasch und völlig zurückgeht. Für die recidivirenden Formen gehört zweifellos die chirurgische Behandlung und zwar operire man hier am besten während des Anfalls selbst mit Eröffnung des Abscesses, woran sich nach einigen Wochen die Resection des Wurmfortsatzes anschliessen solle. H. K.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. **Demonstrationen:**

Herr Saenger stellt 1. ein 1½jähr. Kind mit Hydrorrhachis und Spina bifida vor, welches im Alter von 5 Monaten operirt wurde (Dr. Cordua). Die Meningocele hat sich wesentlich zurückgebildet und der gleichzeitige Hydrocephalus ist im Rückgang begriffen. Es besteht jetzt noch eine Paraparese der Beine mit Blasenlähmung. Auffallend ist das subjective Wohlbefinden und die dem Alter entsprechende Intelligenz. S. schlägt die chirurgische Behandlung für ähnliche Fälle vor. 2. Einen operativ behandelten Fall von Morbus Basedowii ohne jeglichen Erfolg in Beziehung auf die objectiven wie subjectiven Symptome.

Herr Urban demonstrirt einen Fall von Actinomycose des Unterkiefers in einem besonders frühen Stadium. Pat. erkrankte vor 8 Wochen mit Zahnschmerzen, die nach Exstirpation eines cariösen Zahnes schwanden, bald aber mit einer derben Schwellung im Kieferwinkel und beträchtlicher Kieferklemme sich wieder einstellten. Erst nach mehrfachen Incisionen, durch die sehr spärlich Eiter entleert wurde, gelang die Sicherung der Diagnose durch das Mikroskop. Seit 14 Tagen Jodkalicur. Kein Fortschritt der Affection. Beginnende Heilung.

Herr Wiesinger demonstriert 1. einen jungen Mann, dem von einer Eisenbahn die rechte Fusssohle bis auf den Knochen abgefahren und gangraenös geworden war. Derselbe wurde hergestellt durch Bildung einer neuen Fusssohle durch einen gestielten Lappen aus der Haut des Oberschenkels. 2. einen Mann mit linksseitigem chronischen Ohrenleiden, bei welchem die Symptome nach Ansicht der Neurologen auf einen Cerebellarabscess linksseits hinwiesen (Ataxie, Nystagmus, Parese des Facialis sin.). Bei der aus diesem Grunde ausgeführten Operation gelang es, 2 Pravaz-Spritzen altes Blut (Haematoidinkrystalle) aus der linken Kleinhirnhemisphäre auszuziehen. Die Heilung erfolgte ohne Störung. Alle krankhaften Erscheinungen, bis auf das Ohrenleiden, verschwanden. Vortragender lässt es unentschieden, inwieweit der Krankheitsverlauf durch die Operation beeinflusst wurde.

Herr Kümmell zeigt 1. eine 28jährige Patientin, bei der die Beseitigung eines hochgradigen congenitalen Klumpfusses auf unblutigem Wege durch manuelles Redressement gelang und unter einem Verbande normale Verhältnisse hergestellt wurden. K. bespricht die Technik solcher orthopädischer Eingriffe, die bemerkenswerther Weise selbst bei Erwachsenen noch zum Ziele führen und zeigt den von Lorenz hiefür angegebenen Apparat. 2. Das Präparat einer durch Laparotomie gewonnenen, ca. 20 cm langen Intussusception. Da es sich als unmöglich erwies, nach Lösung der Verwachsungen den Darm wieder herauszuziehen, was in einem anderen Falle gelang, musste der ganze Abschnitt (Colon descendens) resecirt werden.

Herr Grüneberg-Altona demonstrirt an einem 10 Wochen alten Kinde eine interessante congenitale Missbildung. Die rechtzeitig am Ende der Gravidität erfolgte Geburt des sehr kleinen Kindes erfolgte in Kopflage, bis zum Nabel sehr rasch; der weitere Verlauf der Geburt verzögerte sich durch eine sacrale Geschwulst, die inzwischen um das 2—3fache gewachsen ist. Der mannskopfgrosse cystische Tumor, in dem sich palpatorisch Knochen- oder Knorpellamellen ähnliche Gebilde nachweisen lassen (Actinographie: negativ), stellt mit grösster Wahrscheinlichkeit einen «Foetus in foetu» vor. Der Fall ähnelt einem von Martin publicirten und soll chirurgisch in Angriff genommen werden.

Herr Lenhartz zeigt eine mächtige mannskopfgrosse Nierengeschwulst, die Vormittags einer 32jährigen Frau durch Laparotomie in toto entnommen war. Die Geschwulst war trotz ihrer Grösse auffallend frei beweglich, reichte in Rückenlage bis zur rechten Papillarlinie, nach abwärts bis fast zur Fossa iliaca und nahm von hier aus das ganze linke Hypochondrium ein. Sie war völlig unempfindlich bei Druck und liess mit grosser Wahrscheinlichkeit die Annahme einer Cystengeschwulst zu. Wo ihr Ursprung und welcher Art, liess sich zunächst nicht sicher entscheiden. Durch Probepunction entleerte Flüssigkeit zeigte mikroskopisch als sehr bemerkenswerthen und diagnostisch unmittelbar verwerthbaren Befund die Gegenwart zahlreicher hyaliner mit grossen Fetttropfen und scholligem Blutpigment besetzter Cylinder. Der Harn bot nicht die geringsten Abweichungen dar. Es war daher eine Cystengeschwulst der Niere mit schwerer Schädigung des Parenchyms und Verlegung des Ureters anzunehmen. Die exstirpirte Geschwulst wog 2600 g, der Hilus der Niere etwa 25 cm weit bogenförmig ausgezogen. Beide Nierenpole noch erkennbar. (Ueber die weitere Untersuchung werden demnächst Mittheilungen gemacht.)

Herr Ludewig macht auf das zur Zeit häufige Auftreten von combinirten Ohrenentzündungen aufmerksam, besonders bei Influenza, und versteht darunter das gleichzeitige Einsetzen einer Entzündung des mittleren und inneren Ohres. Er betont die Wichtigkeit der früh- d. h. rechtzeitigen Diagnose der Miterkrankung des Labyrinths, da nach Ablauf von 6 Wochen seit Beginn des Leidens die Therapie machtlos ist, während sie im Stande ist, das Hörvermögen um so vollkommener herzustellen, je früher sie eingeleitet wird. Er demonstrirt die Hörprüfung mittelst Stimmgabeln, welche die Frage entscheiden lässt, ob das innere Ohr in Mitleidenschaft gezogen ist, oder nicht.

II. Discussion über den Vortrag des Herrn **Rumpel: Die klinische Diagnose der spindelförmigen Oesophagus-erweiterungen.** (Folgt später.)

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 8. December 1896.

Vorsitzender: Herr Unna. Schriftführer: Herr Deycke.

Herr **Cohen-Kysper** stellt einen Kranken vor mit Atresie beider äusseren Gehörgänge.

Herr **Grisson** demonstrirt das Gehirn eines 32jährigen Mannes, welcher an einer intercurrenten, des chronischen Abusus spirituosorum wegen sehr schnell verlaufenen **Pneumonie** gestorben war.

Der Mann war im September 1891 plötzlich unter sehr heftigen Kopfschmerzen erkrankt. Objectiv war Hemianopsia sinistra homonyma, sowie geringe rechtsseitige Facialis- und beiderseitige Abducensparese zu constatiren. Unter der Annahme einer cerebralen Luës wurde eine Schmiercur eingeleitet, welche später unter der Diagnose: Meningitis cerebralis basalis luëtica auf der Krankenhausabtheilung von Dr. Eisenlohr fortgesetzt wurde. Der Kopfschmerz und die Paresen verschwanden, doch blieb die Hemianopsie bestehen. Zu ihr gesellten sich dann epileptiforme Anfälle Beide Symptome wurden durch öfters wiederholte Quecksilber- und Jodkalicuren immer wieder etwas gebessert, blieben aber im Wesentlichen stationär.

Im Jahre 1893 wurde von Dr. Nonne die Diagnose auf einen, vermuthlich syphilitischen Herd im rechten Occipitallappen (Cuneus resp. Cuneus und Praecuneus) — bezw. Residuen eines solchen — gestellt.

Die Section ergab, abgesehen von der rechtsseitigen Pneumonie und den auf Alkoholmissbrauch zu beziehenden Veränderungen an Herz, Leber, Nieren, eine tief eingezogene Narbe im Bereich des rechten Cuneus und Praecuneus. Durch einen sagittalen Schnitt wurde ein mehrkammeriger Hohlraum eröffnet, der keine Flüssigkeit, aber Reste von Blutfarbstoff enthielt. Der Cuneus war zu circa 2 Dritteln, der Praecuneus im angrenzenden Gebiet theilweise zerstört. Syphilitische Veränderungen an den Hirnarterien oder sonstige Syphilismerkmale fanden sich nicht.

Präparate von so gleichmässiger Eindeutigkeit des klinischen und nekroskopischen Befundes sind sehr selten.

Aetiologisch kommt vielleicht Haemophilie in Betracht. Der Patient hatte einige Zeit vor seinem Tode langdauernde, schwer stillbare Blutungen aus dem Zahnfleisch, welche den Verdacht auf dieses Leiden erweckten.

Herr **Prochownick** hält seinen angekündigten Vortrag:

Ueber acute gelbe Leberatrophie nach schweren Operationen und ihre Beziehungen zur Chloroformnarkose.

Vortragender hat 2 Mal acute gelbe Leberatrophie nach schweren gynäkologischen Operationen beobachtet. Unter Hinweis auf die in Kürze erfolgende ausführliche Publication werden nur die wesentlichsten Punkte und Aehnlichkeiten beider Fälle aufgeführt.

Es war vor 9 Jahren bei der ersten Beobachtung, trotzdem jeder Hinweis bei der Autopsie fehlte, Sepsis angenommen worden; bis zur zweiten hatten die Fortschritte der Erkenntniss dahin geführt, eine Infection durch Krankheitserreger oder deren Toxine auszuschliessen, hingegen eine Intoxication durch chemische Agentien, am ehesten Chloroform, anzunehmen.

Vortragender gibt zunächst eine kurze Uebersicht der über die Chloroformwirkung bisher ausgeführten Thierexperimente, welche schwere Schädigung der Thiere, steigend mit deren höherer Organisation langsamen Schwund der Schädlichkeiten, oft nachträglichen Tod ergaben; zugleich war stärkere Prägnanz der Folgen stets bei geschwächten Thieren festzustellen.

Hierauf werden die Gesammtergebnisse der pathologisch-anatomischen Forschung am Menschen für sämmtliche bisherige Beobachtungen unter besonderer Rücksicht auf die Leberbefunde skizzirt. Als einheitlich für die geschädigten Organe — Leber, Herz, Niere — werden Nekrobiosen, Verfettung, Nekrose, Zerfall der Epithelien bezw. Muskelfasern, Kern- und Protoplasmadegenerationen, Pigmentanhäufungen — festgestellt.

Um nun den Zusammenhang zwischen den Befunden und den auf Chloroformschädigung bezw. Chloroformtod gestellten Diagnosen herzustellen, sucht Vortragender Antwort auf 2 Cardinalfragen:

1) Wie wirkt Chloroform auf die Gewebe des Körpers,

2) Sind nach den bisherigen klinischen Schilderungen und Sectionsbefunden alle anderen Schädlichkeiten ausser dem Chloroform genügend ausschaltbar?

Die erste Frage wird unter Anführung des durch physiologische und pathologische Experimente, durch die Leichenbefunde und Harnuntersuchung bisher bekannt Gewordenen dahin beantwortet, dass wir in der Kenntniss der Chloroformwirkung beträchtliche Fortschritte gemacht haben.

Für die klinische Betrachtung werden alle Fälle mit septischem Befunde ausgeschaltet; die übrigen 24 Beobachtungen werden nach Aetiologie, Verlauf und Befund gruppirt und ihre Aehnlichkeiten ebenso wie die Abweichungen mit einander verglichen.

Es ergibt sich, dass die Beweiskette zwischen Chloroformanwendung und späterem Tod noch nicht geschlossen ist, sowie dass von ganz typischen Organlaesionen, die als «Chloroformleber», «Chloroformniere» zu bezeichnen versucht worden sind, noch nicht die Rede sein darf.

Sicher aber ist, dass protrahirte oder mehrfach in kurzem Intervall wiederholte Chloroformnarkose bei geschwächten Personen schwere Schädigung einzelner Organe mit heftiger Rückwirkung auf die Lebensäusserungen im Gefolge hat.

Da bisher ein Gesunder nicht an protrahirtem Chloroformtod gestorben ist, und alle gestorbenen Kranken stets ausser der Narkose noch chirurgische Eingriffe — meist schwerer Art — durchzumachen hatten, so ist trotz Fehlens der Sepsis bei den Obductionen beim jetzigen Stande des Wissens noch nicht zu behaupten, dass die Chloroformwirkung **allein** tödtlich gewesen sei.

Herr Unna vermisst Osmiumpräparate. Die Auflösung von Organstückchen in Flemming'scher Lösung lässt sich vermeiden, wenn man die Essigsäure fortlässt und ein Gemisch von Chromsäure und Osmiumsäure benutzt.

Im Uebrigen wird die weitere Discussion bis zur nächsten Sitzung verschoben.

Herr **Abel** spricht **über Fettgehalt von Scolices und Coccidien.**

Auf Anregung von Herrn Dr. Unna, welcher in der vorigen Sitzung die Meinung äusserte, der von ihm in den Tuberkel- und Leprabacillen nachgewiesene Fettgehalt bedinge vielleicht die specifische Färbbarkeit dieser Organismen, habe ich versucht, in Coccidien und den Hakenkränzen der Echinococcenscolices, die, wie ich in der letzten Sitzung zeigen konnte, ebenfalls der Färbung nach Art der Tuberkelbacillen zugänglich sind, einen Fettgehalt nachzuweisen. Wie sich an den aufgestellten Präparaten erkennen lässt, vermag man durch Behandlung mit Osmiumsäure thatsächlich einen Fettgehalt in den Gebilden zu constatiren. An den Coccidien färben sich die Hüllen, manchmal die Kerne und auch einzelne runde, ihrer Natur nach unbekannte Gebilde im Protoplasma braun. An den Echinococcenscolices färben sich die Leiber leicht, die Hakenkränze intensiv braun. Bei beiden Thierarten beruht die Möglichkeit der specifischen Färbbarkeit wohl nicht allein auf dem Besitz von Fett, sondern hauptsächlich auf ihrer Structur. Die feste Hülle der Coccidien lässt Farbstoffe schwer passiren, hält sie aber, wenn sie einmal durchgegangen sind, fest. Die Chitinsubstanz des Echinococcenhaken färbt sich schwer, ist aber, einmal tingirt, durch Säure und Alkohol nicht leicht wieder zu entfärben.

Discussion: Herr Unna erwähnt die Arbeit von Cramer, nach der sich der Fettgehalt der Bacterien durch Züchtung auf Zuckeragar verstärken lässt. Von Dierczowsky und Rekowsky ist auch innerhalb der Diphtheriebacillen Fett nachgewiesen. Während Hammerschlag in Uebereinstimmung mit den amerikanischen Autoren in Tuberkelbacillen ein bei 60° schmelzbares Fett gefunden habe, hat Edwin Klebs neuerdings behauptet, dass die Tuberkelbacillen 2 verschiedene Fette enthielten: ein festes, rothes bei 42° schmelzbares und ein festes, weisses bei circa 50° schmelzbares Fett. Klebs bezieht die specifische Färbbarkeit der Tuberkelbacillen auf ihren Fettgehalt; U. glaubt jedoch, dass die von Fett befreiten Bacillen ihre Säurebeständigkeit, wenn auch in etwas geringerem Grade, beibehalten.

Herr Abel demonstrirt Culturen von menschlicher und Rinderaktinomykose und macht auf die Wachsthumsunterschiede zwischen beiden aufmerksam, führt ferner Culturen der von Nocard aus dem Farcin des boeufs isolirten Streptothrix und der von Eppinger aus einem Hirnabscess cultivirten Streptothrix asteroides vor. Er bespricht die Lebenseigenschaften der Streptothrixarten, und betont ihre grosse Häufigkeit. Sie werden nur desshalb selten gefunden, weil sie zuerst auf künstlichen Sub-

straten langsam gedeihen und erst bei Fortzüchtung schnelleres und üppigeres Wachsthum zeigen. Vortragender hat Streptothrixarten besonders im Rachen nicht selten gefunden, dann ferner von der Haut, aus tuberculöser und pneumonischer Lunge, aus Osteomyelitiseiter, aus verdorbenem Bier, Luft und Wasser cultivirt. Sie schienen überall harmlose Schmarotzer zu sein. Er demonstrirt zehn verschiedene Stämme, die wahrscheinlich sechs Arten angehören. Die Abgrenzung der einzelnen Arten ist schwierig, da die Wachsthumsverhältnisse nicht ganz constante sind. Einzelne haben grösste Aehnlichkeit mit den Culturen der Rinderaktinomykose. Charakteristisch ist für die Streptothrixarten ausser den verzweigten Fäden und der sog. Sporenbildung das Wachsthum auf Agar, in das sie sich «hineinfressen» in fest aufliegenden Colonien, das Wachsthum auf Kartoffeln in runzligen Auflagerungen verschiedener Färbung, das Weiss- oder Gelbwerden der Colonien bei der Bildung der Sporen, wobei sie wie mit Pulver bestreut erscheinen und der eigenartige, muffige, etwas aromatische Erdgeruch. Gelatine und Serum verflüssigen alle z. Th. unter Farbstoffbildung. Thierinfectionsversuche hat Vortragender nur in geringer Zahl, immer mit negativem Erfolge, ausgeführt.

Discussion: Herr Delbanco demonstrirt eine aus dem Königsberger hygien. Institut von Herrn Prof. Erwin v. Esmarch freundlichst übersandte Aktinomycescultur auf Agar-Nährboden. Es handelt sich um weissliche und weissgelbliche kleine runde Colonien, welche in den Nährboden hineinwachsen und von einem feinsten Strahlenkranz umgeben sind. Die einzelnen wachsartig glänzenden Colonien sind stellenweise zu höckerigen knopfartigen stecknadelknopfgrossen Massen zusammengetreten.

Theile der Cultur wurden vom Redner in Alkohol und in Flemming's Lösung gehärtet, mit Celloidin imprägnirt und in Schnitte zerlegt. Die Härtung in Flemming's Lösung, mittelst welcher sich in der Cultur Fett nicht nachweisen liess, eignet sich hervorragend für die Färbung der Schnitte. Die Färbung verlangt verdünnte Anilin-Gentianaviolettlösung, Jodfixirung, für die Differenzirung sind die von Unna angegebenen componirten Aniline unentbehrlich.

Bei solcher Behandlung zeigt sich in den Schnitten ein feines verzweigtes Mycelium. Das Fehlen der kolbigen Anschwellungen in den Schnitten im Verein mit Thatsachen aus der pathologischen Histologie der Aktinomykose beweist den Involutionscharakter der Kolben.

Die Cultur selbst ist sicher verschieden von den von J. Israel und M. Wolf gezüchteten Culturen, differirt wahrscheinlich auch von Boström's Culturen. Das befestigt die Annahme, dass wir in dem Aktinomyces noch mehrere Pilze kennen lernen werden.

Redner zeigt dann noch eine in mehrfacher Beziehung bemerkenswerthe Arbeit des englischen Dermatologen Pringle über einen Fall einer Lungen- und Pleurenaktinomykose mit ausgedehnter secundärer Betheiligung der Haut, des Rückens und der Nates (From Volume 78 of the Medico-Chirurg. Transactions). Die instructive farbige Abbildung gibt sehr gut die tuberösen Anschwellungen der Cutis wieder mit den kraterförmig auf denselben endigenden Fistelöffnungen.

Herr Unna demonstrirt gleichfalls Culturen von verschiedenen Streptothrixarten. Er fragt Herrn Abel, ob man es für ein Charakteristicum der Streptothrixarten halte, dass sie echte Verzweigungen bildeten.

Herr Abel bejaht dies.

Herr Unna spricht über Aktinomykose und Madurafuss.

Er lenkt zunächst die Aufmerksamkeit auf die pathologischen Veränderungen, welche in der Umgebung des in die Haut gedrungenen Strahlenpilzes vor sich gehen und welche als ein secundär vereiterndes Granulom zu bezeichnen sind. Dieses Granulom unterscheidet sich von dem der Tuberculose, des Rotzes und der Syphilis durch seine besondere Weichheit, die durch Schwund des collagenen Gewebes und Reichthum an Blut und Lymphgefässen erzeugt ist, sodann durch den Mangel an Spindelzellen und andererseits einen besonderen Reichthum an hyalin degenerirenden Bindegewebszellen. Die nicht sehr reichliche Eiterung wird nicht durch Eitercoccen, sondern durch den Strahlenpilz hervorgerufen; denn jene sind histologisch nicht in der ihnen bei Eiterungen zukommenden Weise vorhanden, dagegen ist die Eiterung um die Pilzdruse centrirt, dringt in das Innere derselben ein und wächst proportional mit derselben. Herr Unna demonstrirt sodann die Pilzdrusen selbst an einfach auf die Kolben, resp. die Hyphen und an doppelt gefärbten Präparaten. Darunter sind auch in der Entwicklung befindliche, noch nicht allseitig von Kolben umgebene Drusen. Den Kranz von Kolben erklärt U. für ein zur Abkapselung des Pilzes bestimmtes Degenerationsproduct der letzteren und demonstrirt zum Vergleiche Schnitte einer tropischen Aktinomykose, des Mycetoma, welcher die Krankheit: Madurafuss hervorruft. Nach einer kurzen Schilderung dieses Leidens in klinischer und histologischer Beziehung fasst U. die Analogien beider Pilzkrankheiten so zusammen: Ein Fadenpilz, der die Gewebe continuirlich ohne Rücksicht auf Blut- und Lymphwege durchzieht, selten (Aktinomykose) oder nie (Madurafuss) Metastasen macht und in den Geweben ein Granulationsgewebe bildet mit hyalin degenerirenden Zellen und centraler, spärlicher Eiterung, die zur Fistelbildung führt; die Pilze bilden nierenförmige Drusen, die sich gegen die Gewebe durch eine Zone glasig degenerirter Fäden abgrenzen. Als Unterschiede führt U. an, dass der Madurafuss gutartiger, localisirter und chronischer verläuft, eine schwielige Entartung und Pigmentirung des umgebenden Gewebes bewirkt, dass sein Fadenpilz feiner ist, sich auffallend stark mit Haematoxylin färbt und anstatt feine Kolben, sehr grosse, nach aussen verbreiterte, sehr schwer färbbare Prismen oder Säulen bildet. U. ist der Ansicht, dass es ausser dem Madurafuss noch eine grosse Reihe verschiedener, wenn auch nahe verwandter Strahlenpilzerkrankungen gibt und erinnert in dieser Beziehung an die verschiedene Grösse und Farbe der Pilzdrusen, ihre Pleomorphie, durch welche einzelne Fälle Streptococcen-, Streptobacillen-, Cladothrix-, Streptothrix- und Leptothrixformen annehmen, die Besonderheit des Strahlenpilzes der Schweinemusculatur, die Verschiedenheiten der Reaction der Gewebe in Bezug auf Geschwulstbildung und Eiterung und endlich die Verschiedenheiten der Reinculturen der verschiedenen Autoren. Die Strahlenpilzerkrankungen bilden genau wie die Favuserkrankungen und Trichophytonerkrankungen eine Gruppe von sehr nahe stehenden Affectionen, aber nicht wie meistens bisher angenommen, eine aetiologische und klinische Einheit.

Discussion: Herr Fraenkel: Zur Frage der Eiterung in Actinomykoseherden ist zwischen offenen und geschlossenen Herden zu unterscheiden. Falls in letzteren Staphylococcen nachgewiesen werden, so sind sie auch dann für die Eiterung verantwortlich zu machen, wenn nur der culturelle und nicht der histologische Nachweis gelingt. Herrn Unna fragt er, durch welche differential-diagnostischen Merkmale sich z. B. verschiedene Arten des Staphylococcus pyogenes flavus charakterisiren. Nach seiner Meinung lässt sich vielmehr durch morphologisches und culturelles Verhalten die Einheitlichkeit des Staphylococcus flavus nachweisen.

Herr Unna: Dem Staphylococcus pyogenes aureus ähnliche Coccenarten werden allerdings nur selten gefunden. Dagegen gibt es sehr viele verschiedene dem Staphyl. albus ähnliche Arten. Hauptcharakteristicum zur Unterscheidung gibt die Peptonisirung der Gelatine ab, daneben das morphologische Verhalten, für das das Aussehen der Staphylococcen im Schnitt als maassgebend betrachtet werden muss. Er erinnert an den von Welch beschriebenen Staphyl. epidermidis albus.

Herr Fraenkel bezog seine Aeusserungen lediglich auf den Staphylococcus pyogenes flavus. Für ein gut zu verwerthendes Unterscheidungsmerkmal möchte er auch den sauren, kleisterartigen Geruch halten, den Culturen des echten Staphyl. flavus verbreiten.

Herr Unna glaubt, dass es doch auch für den Menschen pathogene Streptothrixarten gibt. Ducrey übersandte U. Culturen des von ihm bei Erythrasma gefundenen Organismus, den U. als zu den Streptothrixformen gehörig erkannte.

Stuttgarter Chirurgisch-gynäkologische Vereinigung.

(Officieller Bericht.)

Sitzung vom 16. December 1896.

Vorsitzender: Herr Zeller.

Herr Bruns-Tübingen als Gast stellt eine 35jähr. Frau mit **Syringomyelie** vor.

Bei der Patientin geht das Leiden bis auf das 20. Lebensjahr zurück; ausser einer Herabsetzung resp. vollständigen Aufhebung der Schmerz-, Temperatur- und Tastempfindung auf der einen Körperhälfte finden sich Mutilationen der Finger und eine sehr ausgesprochene Arthropathie des Schultergelenkes, welches sich mit Leichtigkeit und völlig schmerzlos nach vorn und hinten luxiren lässt. Die den Chirurgen interessirenden Fälle sind nicht so selten; in der Tübinger Klinik wurden in den letzten Jahren etwa ein Dutzend Fälle mit trophischen Störungen der Weichtheile, Knochen und Gelenke beobachtet. Von diesen zeigte ein Theil neben Arthropathien der grossen Gelenke gleichzeitig Mutilationen der Finger, eine Beobachtung, welche die Aufstellung einer besonderen Morvan'schen Krankheit überflüssig erscheinen lässt. Die den Chirurgen hauptsächlich interessirenden Gelenkveränderungen sind etwas für Tabes und Syringomyelie Specifisches und nicht, wie Volkmann

annahm, bedingt durch die Herabsetzung der Schmerzempfindung. (Demonstration von Photographien.)

Herr **Steinthal** stellt folgende Fälle vor:

1. Eine 34jähr. Patientin, am 14. März 1894 wegen habitueller Schultergelenksluxation operirt (cfr. Württ. med. Correspondenzblatt 1895). Die Heilung ist unter völliger Functionsfähigkeit des Armes eine dauernde geblieben.

2. Einen Patienten, bei dem durch Maschinenverletzung ein grosser Defect der Haut der Hohlhand entstanden war; derselbe wurde durch Einfügung eines gestielten Lappens von der Brust gedeckt; der Stiel am 12. Tage durchtrennt; Heilung unter völliger Gebrauchsfähigkeit.

3. Einen Patienten, vor 1½ Jahr wegen tuberculösen Empyemes des Kniegelenkes operirt; Exstirpation der mit miliaren Knötchen übersäten Synovialis unter Schonung der L. L. cruciata. Heilung mit halber Flexionsfähigkeit des Kniegelenkes.

4. 18jähr. Patient, vor 4 Wochen nach Macewen osteotomirt, ging nach 8 Tagen in der Bruns'schen Gehschiene, jetzt am Stock und flectirt schon das Knie bis zu einem nahezu rechten Winkel.

5. 41jähr. Patientin, wegen Nabelhernie nach Condamin unter Infiltrationsanaesthesie operirt; Naht der Fascie mit versenkten Silberdrähten. Die Narbe ist fest, aber neben der Narbe hat sich nach einer starken Bronchitis eine neue Hernie gebildet.

Herr **Bruns** zeigt Nahtmaterial aus Aluminiumbronce, das ebenso schmiegsam wie Seide ist und sich bis jetzt sehr bewährt hat.

Herr **Landerer** stellt folgende Fälle vor:

1. Junger Mann mit grossem traumat. Schädeldefect, dem er 10 Tage nach der Verletzung auf die granulirende Dura ausgeglühte Knochenstreifen legte; der Defect hat sich sehr gut geschlossen.

2. Einen jungen Patienten mit Trepanation der Wirbelsäule wegen tuberculöser Ostitis; Patient hat sich nach der eingreifenden Operation sehr erholt.

Herr **Bruns** erinnert an eine Mittheilung Hofmeister's, nach der sich grosse Knochendefecte spontan regeneriren.

Herr **Hofmeister**-Tübingen als Gast spricht über **traumatische Epithelcysten,** die sich auch aus völlig vom Mutterboden getrennten Epidermisstückchen, die in den tieferen Gewebsschichten einheilen, entwickeln können.

Den Beweis hiefür fand Vortragender gelegentlich der Resection eines Nerven, der bei einer früheren Operation mit einem Thiersch'schen Läppchen umkleidet worden war. Vortragender sah ferner eine solche Cyste sich in nur 1½ Jahr nach einem Hammerschlag zur Kirschgrösse entwickeln. Im Innern fand sich Epithelbrei und seröse Flüssigkeit, welche Fluctuation und Transparenz für elektrisches Licht ergeben hatte, sodass zunächst ein Sehnenscheiden-Hygrom diagnosticirt worden war. (Demonstration mikroskopischer Präparate.)

Herr **Küttner**-Tübingen als Gast spricht über **intermittirende Entzündung von Lymphangiomen.** Die Entzündungen treten anfallsweise in regelmässigen oder unregelmässigen Zwischenräumen auf und gehen mit starker Röthung der Geschwulst, sowie Temperatursteigerung bis 40° C. einher. Gewöhnlich geht der Anfall in einigen Tagen wieder vorüber, mitunter kommt es jedoch zu schweren Eiterungen und phlegmonösen Processen; in einem Fall trat sogar der Tod durch septische Pneumonie ein. Das Krankheitsbild ist noch nicht genügend gewürdigt worden. Der Process ist ein infectiöser, bei dem die Entzündungserreger entweder von Aussen oder auf dem Lymphwege eindringen. Besonders disponirt sind die Lymphangiome der Mundhöhle und das Lymphangioma cavernosum. Während des Anfalles können bedrohliche Erscheinungen auftreten, nach demselben ist das Wachsthum oft stärker. Eine Verwechslung mit Carcinom ist schon einmal vorgekommen.

Herr **Dipper** zeigt die neueste Modification des Jung'schen Gefriermikrotomes nach Pick, mit dem sich in 10 Minuten gefärbte Dauerpräparate machen lassen.

Aerztlicher Bezirksverein Würzburg.

Sitzung am 28. Januar 1897.

Herr J. A. Rosenberger: Ueber operative Behandlung der Refracturen der Patella.

Herr Rosenberger spricht über die Behandlung der Refracturen der Patella und stellte einen jungen Mann vor, bei dem er ein neues Verfahren in Anwendung brachte. Die Diastase der beiden Fragmenten betrug 7 cm bei diesem Patienten. Beide Bruchstücke waren mit ihren Unterlagen fest verwachsen. Um eine solide Verbindung zwischen den beiden Fragmenten herzustellen, wurden dieselben mit einem Längsschnitt blossgelegt und mit einer Stichsäge der Fläche nach in der Mitte durchsägt und zwar in der Weise, dass das obere von oben nach unten, das untere von unten nach oben durchtrennt wurde. Mit der bindegewebigen Zwischensubstanz wurden die abgesägten Knochenscheiben in Verbindung gelassen. Alsdann wurden dieselben gegeneinander umgeschlagen und zwar das obere nach unten, das untere nach oben. An der Berührungsstelle wurden sie dann mit aseptischer Seide zusammengenäht und der Hautschnitt darüber ebenfalls — ohne Einlegen eines Drainrohres — durch Nähte sorgfältig geschlossen. Der Schnitt wurde mit einem Collodium-Verbändchen bedeckt und die ganze Extremität in einen Gypsverband gelegt.

Da die Operation vollständig aseptisch ausgeführt war, konnte der Verband fünf Wochen lang unverrückt liegen bleiben.

Nach vier Monaten hat sich der Quadriceps durch Massage wieder so geregelt, dass er sehr gut functionirt, so dass das Bein in gestreckter Stellung frei erhoben werden kann.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Originalbericht.)

15. Sitzung vom 12. November 1896.

Herr v. Franqué: Cervix und unteres Uterinsegment während und nach der Schwangerschaft.

Herr v. F. berichtet über anatomische und mikroskopische Untersuchungen, die er angestellt hat, um die von Bayer, Küstner u. A. aufgestellte Entfaltungstheorie zu widerlegen, wonach das untere Uterinsegment der zwischen Corpus uteri und erhaltenem Theil der Cervix gelegene, in den Brutraum einbezogene obere Theil der Cervix ist. Als Kriterien zur Grenzbestimmung zwischen Corpus und Cervix nimmt F. am ruhenden und ebenso am graviden Uterus an: 1. Die äussere Einschnürung, 2. die Verengerung des Lumens, 3. die Verschiedenheit im Bau der Schleimhaut und 4. die verschiedene Anordnung der musculösen Wand. Für den kreissenden und entbundenen Uterus gelten nur die beiden letzten Punkte.

Die Längenmessung der Cervix an Präparaten ergab neben bedeutenden individuellen Schwankungen ein geringes Längenwachsthum (keine Verkürzung!) während der Schwangerschaft und eine nicht beträchtliche Dehnung in die Länge bei normalen Geburten. Wenn sich nun, wie dies F. nachweisen konnte, während Geburt und Wochenbett oberhalb des Orif. int. einer als stets ungefähr gleich lang bestimmten Cervix eine gedehnte und verdünnte Wandpartie findet, so kann dieselbe nur dem Corpus uteri entstammen. Die obere Grenze dieser verdünnten Partie fiel mit der Linie zusammen, von der an das Peritoneum mit dem Uterus fest verwachsen war (Contractionsring). Die Schleimhaut des unteren Uterinsegmentes war stets decidual umgewandelte Corpusschleimhaut, dagegen fand sich im Cervix durchweg wohl erhaltene Cervicalschleimhaut, nur 2 mal waren in letztere einzelne Nester von Deciduazellen eingestreut. Bezüglich der Musculatur fand F. im Cervix eine starke Zunahme der elastischen Fasern und des Bindegewebes während der Schwangerschaft, auch im unteren Uterinsegment nehmen ausser den Muskeln die elastischen Fasern zu; die Muskeln des unteren Uterinsegmentes sind lockerer angeordnet als die dicht verfilzten Lamellen des Hohlmuskels, so dass sich Cervix, unteres Uterinsegment und Hohlmuskel leicht unterscheiden lassen.

Aus klinischen Untersuchungen über das Verhalten der Blase während der Schwangerschaft (Fehling) lassen sich keine Schlüsse auf das Verhalten von Uterus und Cervix ziehen.

Herr Hoffa: Demonstration mit Röntgen-Strahlen.

Der Vortragende hebt hervor, dass die Erwartungen, die man sich über die Förderung der medicinischen Wissenschaft durch die Röntgen-Strahlen anfänglich gemacht hat, bereits übertroffen worden sind. Es hat nicht nur die interne Medicin schon Vortheil gehabt, indem man z. B. Arteriosklerosen und pleuritische Exsudate nachweisen und die Bewegungen des Herzens studiren konnte, es hat auch ganz besonders die Chirurgie Nutzen gezogen. Der Nachweis von Fremdkörpern im Körper, die Möglichkeit, Fracturen und Luxationen photographiren zu können, sind ganz

ausserordentlich grosse Fortschritte. Aber auch die theoretische Medicin hat den grössten Nutzen von der Entdeckung gezogen. So kann man z. B. an dem Bariumplatincyanürschirm die Bewegungen des Herzens, die Bewegungen der Rippen und des Zwerchfelles bei der Respiration, die Bewegungen der Gelenke genau studiren, so kann man ferner durch die Photographie wunderbare Aufschlüsse erhalten über die innere Architectur ganzer, unaufgesägter Knochen und durch die Photographie dünnerer Fournierblätter von Knochen; so kann man ferner an Embryonen die erste Anlage der Knochen genau verfolgen u. s. f. Zum Schluss demonstrirt der Vortragende an seinen von Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen bezogenen Apparaten die Durchleuchtung des menschlichen Körpers mit den Röntgen-Strahlen und zeigt eine grosse Reihe wohlgelungener Photographien von allen möglichen chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen, ferner von der inneren Architectur der verschiedensten Knochen, von den Bewegungen des Handgelenkes und schliesslich von blutigen Operationen angeborener Hüftgelenksverrenkungen. Die Photographien zeigen, dass die Schenkelköpfe wunderbar schön in den neugebildeten Pfannen stehen, so dass die operirten Gelenke genau so ausschauen, wie die normalen Gelenke.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 6. Februar 1897.

Aeltere und neuere Schlafmittel. — Amoeben-Enteritis. — Ein neues Stethoskop und ein neues Urometer.

In der am 1. d. M. abgehaltenen Sitzung unseres Doctoren-Collegiums sprach Dr. A. Pilcz über ältere und neuere Schlafmittel. Namentlich waren es Chloralhydrat, Amylenhydrat, Paraldehyd, Sulfonal, Trional und Tetronal, welche er als sehr empfehlenswerth ausführlich würdigte.

Chloralhydrat (1 : 40 in einem schleimigen Vehikel) erzeugt Schlaf ohne unangenehme Sensationen, ist jedoch, da es den Blutdruck herabsetzt, bei Herzkranken und Bettlägerigen contraindicirt, ebenso bei längerem Gebrauche. Im Gegensatze hiezu schädigt das Amylenhydrat den Gefässapparat nicht, ist in Dosen von 2—3 g, in Alkohol, z. B. Bier gereicht, sehr wirksam. Kann auch in Gelatinekapsel verordnet werden. Verlässlich und ohne üble Folgen durch längere Zeit anwendbar ist das Paraldehyd; der Organismus gewöhnt sich an dieses Mittel, wesshalb später grössere Dosen (bis 4—5 g) in Anwendung gebracht werden müssen.

Sulfonal, Trional und Tetronal gehören in die sog. Sulforeihe; sie wirken nicht auf die Gefässe, die Dosis beträgt 1—1½ g. Wegen der bei Sulfonal-Darreichung des Oefteren beobachteten Vergiftungen (Rothwerden des Harnes, Zerfall der rothen Blutkörperchen, Bildung von Haematoporphyrin) ist stetige Ueberwachung der Darmfunction und der Harnsecretion des Kranken nothwendig. Sulfonal ist in Wasser schwer löslich, daher dessen Wirkung sich erst nach 2—4 Stunden äussert. Ebenso verlässig sind die zwei anderen Schlafmittel der Sulforeihe.

Methylal und Acetophenon (Hypnon) sind wohl auch ungefährlich, jedoch auch unverlässlich, vor Cannabinon und Cannabinum tannic. ist zu warnen (Inconstanz der Zusammensetzung), ebenso vor Chloralose und vor Piscidia erythina; das letzterwähnte Mittel wirkt lähmend auf den Circulationsapparat. Erwähnenswerth wäre noch das Chloralurethan, das zur Abwechslung mit anderen Schlafmitteln, nicht auf die Dauer gereicht werden kann.

Schliesslich macht der Vortragende darauf aufmerksam, dass man durch eine subcutane Injection von Hyoscinum muriatic. (1/10—3/10 mg) Tobsüchtige (welche jedoch nicht herzkrank sind!), soweit beruhigen könne, dass sie transportfähig werden. Der Vorsitzende (Professor Obersteiner), hält für diesen Zweck die Verabfolgung von Duboisin, ebenfalls in minimaler Dosis, für angezeigter.

Im Wiener medicin. Club berichtete Dr. Sorgo in der Sitzung vom 27. v. M. über einen Fall von Amoebenenteritis. Patient erkrankte vor einem Jahre unter Erscheinungen einer Dysenterie, gegen welche im October des Vorjahres 1 proc. Tannin- und Chinin-Irrigationen (1,5 g Chinin. bisulf. pro Irrigation) mit Erfolg in Anwendung kamen. In den blutig-schleimigen Entleerungen wurden Amoeben in grosser Menge gefunden. Sie waren von verschiedener Grösse, mit deutlicher, aber nicht sehr lebhafter Bewegung, hatten constant rothe Blutkörperchen unter ihren Einschlüssen, dagegen kein Blutpigment. Mit der eingeleiteten Therapie und der durch sie bedingten Besserung schwanden die Amoeben aus den Stuhlentleerungen.

Die Injection des blutigen Schleimes in's Rectum einer Katze rief rasche Erkrankung des Thieres hervor: Zahlreiche, blutig-schleimige Stühle, verminderte Fresslust, Zittern, Amoebenbefund, rasche Abmagerung. Nach drei Wochen Besserung des Thieres bei gleicher (makro- und mikroskopischer) Beschaffenheit der Stühle. Später wurden die Amoeben in den Entleerungen seltener, diese wurden fester, sind aber noch nicht normal. Eine Reinzucht der Amoeben wurde vergebens angestrebt.

Der Fall ist nach der Richtung hin interessant, dass es sich hier um einen seltenen autochthonen Fall handelt und dass die im späteren Verlaufe der Krankheit bei der Katze gefundenen Amoeben keine rothen Blutkörperchen einschlossen, was vielleicht auf verminderte Virulenz (?) hindeuten würde oder auf eine besondere Species von Amoeben.

In derselben Sitzung demonstrirte Professor v. Basch ein nach seiner Angabe construirtes binaurales Stethoskop. Eine etwas modificirte Marey'sche Trommel als Schallübertrager, zwei Hörschläuche für den äusseren Gehörgang vermitteln die Wahrnehmung der Töne und Geräusche. Dieses «Trommel-Stethoskop» soll sich angeblich am Krankenbette gut bewährt haben.

Docent Dr. Max Herz hat es versucht und rühmt dessen Brauchbarkeit; schwache, diastolische Geräusche werden gut hörbar, die Töne und Geräusche bekämen ein eigenthümliches warmes Timbre. Schwerkranke könnten liegend untersucht werden.

Zum Schlusse sprach Dr. A. Jolles über die Bestimmung des specifischen Gewichtes des Harnes und über ein neues Urometer, für geringe Harnmengen. Die Scala des Urometers reicht nur für die Dichte von 1,000 bis 1,010. Auf der Araeometer-Spindel ist ein wulstförmiger Ring angebracht, auf welchen Gewichtchen in Form durchlöcherter Metallscheiben gelegt werden können. Jede aufgelegte Metallscheibe drückt die Scala um 10 Theilstriche herunter. So kann das spec. Gewicht bis auf 1,045 bestimmt werden, indem die Zahl der aufgelegten Gewichtchen die Zehner, die Ablesung die Einer bedeuten. Circa 20 ccm Harn genügen zu einer solchen Bestimmung.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société Médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 22. Januar 1897.

Die Schilddrüsenbehandlung bei Myxoedem.

Bourneville zeigt zwei mit Idiotismus und Myxoedem behaftete junge Leute, welche er gleichzeitig mit vier anderen schon vor einem Jahre demonstrirt hatte. Seitdem waren sie der Schilddrüsenbehandlung (1 g der Schafschilddrüse) 166 Tage und nach 64tägiger Unterbrechung wieder 89 Tage (1 g und 1,25 g) unterzogen worden; es war damit eine bedeutende Besserung sowohl des physischen wie psychischen Zustandes erzielt worden, während im Stadium der Therapieunterbrechung in beider Hinsicht die Symptome wieder hervorgetreten waren.

Vaquez hat bei den beiden Patienten Blutuntersuchungen vorgenommen und, was schon bei anderen Myxoedemkranken von anderen Forschern gefunden wurde, einen verminderten Haemaglobingehalt constatirt, welcher nach genügend langer Schilddrüsenbehandlung wieder zunimmt, ferner im Durchmesser vergrösserte und auch kernhaltige rothe Blutkörperchen.

Pierre Marie kann die Erfolge bei den vorgestellten Fällen nicht bezweifeln, er selbst erlebte aber in zwei Fällen von Myxoedem völligen Misserfolg. Debove kennt Fälle, wo die Schilddrüsenbehandlung den Tod herbeigeführt hat, diese seien aber nicht veröffentlicht worden. Bourneville erkennt an, dass mit dieser Therapie gewisse Gefahren verknüpft seien, beim Erscheinen drohender Symptome (Herzklopfen, Zittern, Krämpfe, Ohnmachtsanfälle) müsse man eben sofort damit aussetzen.

Wirkung der Röntgen-Strahlen auf Bacterien.

Achard machte gemeinschaftlich mit Professor Lannelongue eine Anzahl diesbezüglicher Experimente. Sie liessen täglich 2 Stunden lang 5 Tage hindurch 2 Crookes'sche Röhren auf verschiedene Culturen einwirken; dieselben haben sich nicht anders

wie die Controlculturen entwickelt und die Virulenz sich ebensowenig modificirt —

Ferrand berichtet über einen Fall von Septicaemie, bei welchem das Serum deutlich die Agglutinirung ohne Anwesenheit des Typhusbacillus ergab; auch bei der Section wurde derselbe nicht gefunden, sondern beinahe nur Streptococcen, besonders in der stark vergrösserten Milz. Widal hält dem entgegen, dass diese Untersuchungen nicht ganz einwandfrei gewesen seien; immerhin könne es aber ganz ausnahmsweise einmal vorkommen, dass ein anderer Mikroorganismus (Streptococcus) gegenüber dem so verschiedenen Typhusbacillus agglutinirende Wirkung ausübe, so seltene Ausnahmen seien aber für die Praxis nicht von Wichtigkeit.

Sitzung vom 29. Januar 1897.

Localisirtes Scharlachexanthem.

Neben der reinen Scharlachangina, welche jetzt allgemein anerkannt wird, beobachtete Lemoine im Militärlazareth von Val-de-Grâce im Jahre 1895 eine Anzahl von Fällen, welche gleichsam den Uebergang zwischen dieser und der typischen Scharlacheruption bilden und wobei der Ausschlag allein das Gesicht betrifft. Zwar 1840 schon von Braun erwähnt, aber wieder in Vergessenheit gerathen, ist diese Form desshalb wichtig, weil sie verkannt werden und zur weiteren Uebertragung Anlass geben kann. Es handelt sich dabei um Individuen, welche während einer Scharlachepidemie plötzlich an Angina mit ziemlich hohem Fieber (39°, 40°, selbst 41°) erkranken; das Gesicht ist dabei gleichförmig roth und oedematös geschwellt, am übrigen Körper besteht kein Ausschlag. Meist bleibt die Gesichtsröthe noch 2, 3 Tage bestehen, wenn auch das Fieber zurückgegangen oder ganz gefallen ist, verschwindet aber auch manchmal mit diesem; nach einigen Tagen constatirt man eine bei der Nase beginnende Desquamation des ganzen Gesichtes, welche nicht in Lappen, sondern in kleinen, sogar kleienförmigen Schuppen erfolgt. Von nahezu 200 Scharlachkranken zeigten 32 diese circumscripte Scharlacheruption und 23 derselben am übrigen Körper keine Spur einer Desquamation. Dem Einwande, dass sich auch im Verlaufe einer gewöhnlichen Angina infectiöse Erytheme (des Gesichts) einstellen, begegnet L. damit, dass er absichtlich 1 Jahr nach seinen Beobachtungen bis zu deren Veröffentlichung wartete; in der Zwischenzeit hat er bei Abwesenheit einer Scharlachepidemie 93 Fälle verschiedener Formen von Angina (einfacher, phlegmonöser und pseudo-membranöser) behandelt, wovon nur 6 ein Gesichtserythem zeigten. Hinzuzufügen ist, dass 4 derselben von Regimentern kamen, welche sporadische Scharlachfälle aufwiesen, immerhin also wurde auch in Folge einfacher Angina Erythem des Gesichtes beobachtet.

Zur Diphtherie des Erwachsenen.

Gestützt auf 120 Beobachtungen im Isolirpavillon des Spitals Lariboisière, zieht Gouguenheim den Schluss, dass beim Erwachsenen die Diphtherie viel häufiger sei, als man bis jetzt angenommen hat. Sie wird nur oft verkannt: 1. wegen ihrer beinahe constanten Gutartigkeit, 2. weil beinahe nie eine bacteriologische Untersuchung gemacht wird und 3. die Symptome selten von jenen einer der anderen Formen von acuter Angina verschieden sind. Der Kehlkopf ist selten mit ergriffen und dann nicht in so heftiger Weise wie beim Kinde. Die Submaxillardrüsen sind häufig entzündet, manchmal gehen sie in Eiterung über, wobei der Inhalt nur Strepto- und Staphylococcen enthält; Nasenhöhlen und Rachen können in Mitleidenschaft gezogen werden. Eine seltene Folge ist die diphtheritische Lähmung, welche dann leicht zur Heilung kommt. Albuminurie ist eine häufige Begleiterscheinung der Diphtherie, wie aller Infectionskrankheiten, scheint aber die Prognose nicht zu verschlimmern, ebenso wenig, wie ein bacteriologisches Symptom, die Mikrobenassociation. Die Uebertragungsfähigkeit der Diphtherie beim Erwachsenen ist unbestreitbar, man kann kleine Epidemien in Krankenhaussälen beobachten; das Contagium kann auf Kinder übergehen, daher die Nothwendigkeit prophylaktischer Maassregeln. Die Heilung ist zuweilen eine spontane, häufig aber die Serumtherapie indicirt, in gutartigen Fällen genügen 5 ccm, in schwereren Fällen ist es gut, 10—20 ccm zu injiciren.

Bacteriologische Untersuchungen über die Masern.

H. Barbier untersuchte mit dem Culturverfahren von Masernkranken das Blut, Conjunctival-, Nasen- und Mundsecret. Von 10 Kranken war das Blut aus Erythemstellen entnommen, 7mal absolut steril, 3mal zeigte es parasitäre Mikroorganismen der Haut. Bei 37 Kranken gab die Untersuchung der Conjunctiva 6 negative und 31 positive Resultate; 16mal wurde unter letzteren ein Bacillus gefunden, welcher morphologisch dem Diphtheriebacillus glich, aber in seinen Involutionsformen von diesem verschieden; von kurzer Lebensdauer (nach 10 Tagen keine Culturen mehr gebend) und für Meerschweinchen, Maus, Ratte und Kaninchen nicht virulent war. Ausserdem wurde bei 37 Masernkranken 13mal der Staphylococcus albus getroffen. Die Nasenmundschleimhaut ist reicher an Mikroorganismen, speciell wurde unter 12 Fällen 9mal der Streptococcus gefunden. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Royal Academy of Medicine in Ireland.

Sitzung vom 18. December 1896.

Gleichzeitige Scharlach- und Typhusinfection.

Cosgrave berichtet unter Bezug auf die neuerdings mehrfach beobachteten Fälle concomitirender Scharlach- und Typhusinfection 5 Fälle eigener Beobachtung, von denen 4 gleichzeitig in Behandlung standen. Bei Allen waren die Symptome des Typhus sowohl wie des Scharlach wohl ausgeprägt und Desquamation vorhanden. In 4 Fällen war die Infection eine gleichzeitige, so dass die Scharlachsymptome erst im Vordergrund standen und Roseola am 13., 10., 8. bezw. 9. Tage auftrat. Interessant ist ferner, dass die beiden Infectionen, statt ihren Einfluss zu combiniren, auf einander gegenseitig mildernd einwirkten, so dass ein Abfall bereits vom 15.—17. Tage an erfolgte und ebenso auch die anginösen Erscheinungen sehr gelinde auftraten.

J. W. Moore bemerkt, dass bei Typhus in der 3. Woche manchmal ein scharlachähnliches Exanthem beobachtet werde, auf welches später eine richtige Desquamation folge. Auch im Verlaufe des Scharlachs stellen sich manchmal nach dem Abblassen des Exanthems roseolaähnliche Flecken ein. Der weitere Verlauf allein entscheidet dann über die Art des Exanthems.

Drury tritt für die Richtigkeit der Cosgrave'schen Beobachtungen ein, die auch von Day und Gunn durch Mittheilung weiterer Fälle von gleichzeitiger Infection mit Typhus und Recurrens, Typhus und Masern und einen von Masern, Scharlach und Typhus bestätigt werden.

Medical Society London.

Sitzung vom 11. Januar 1897.

Wandermilz.

Bland Sutton bespricht das nicht gerade sehr seltene Vorkommen einer abnorm beweglichen Milz. Besonders bei Frauen, welche eine oder mehrere Schwangerschaften durchgemacht haben lässt sich eine Verschieblichkeit des Organs constatiren, welche den Excursionen einer Wanderniere nicht nur nicht nachsteht, sondern dieselben weit übertrifft. Er vergleicht die Bewegungen der Milz auf den Gedärmen mit dem Dahingleiten eines Bootes. Mit Vorliebe senkt sie sich in das Becken und kann dort zu Lageveränderungen, Retroflexion und selbst Prolaps des Uterus führen. Rower hat einen solchen Fall veröffentlicht, in dem eine in das Becken herabgestiegene Milz einen vollständigen Vorfall von Uterus, Vagina und Blase verursacht hatte. Auch das Pankreas, mit dessen Ende die Milz verbunden ist, kann durch sie wesentlich irritirt werden. Rokitansky erwähnt einen solchen Fall, auch Richelot und Sutton selbst haben je einen Fall von Zerrung und Verlagerung des Pankreasendes beobachtet. In gleicher Weise können Magen, Duodenum, Gallenblase und die übrigen Darmabschnitte in ihrer Lage und Function beeinflusst und geschädigt werden.

Von Wichtigkeit für die Diagnose ist die Ausdehnungsfähigkeit des Organs. Sutton erwähnt hier folgende interessante Beobachtungen: Eine Wandermilz nahm vor der Operation den Raum vom Beckenboden bis zur Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz ein, nach ihrer Entfernung schrumpfte sie innerhalb 15 Minuten bis auf 15 cm Länge zusammen, nach 6stündigem Liegen in kaltem Wasser war sie auf die gewöhnliche Grösse zusammengefallen. In einem anderen Falle schrumpfte die vom Diaphragma bis zum Uterus reichende Milz während der Operation in der Hand des Assistenten auf 1/3 ihrer Grösse zusammen.

Die Gefahren der Stieldrehung einer Wandermilz sind dieselben wie bei Ovarialtumoren, desgleichen die eines Darmverschlusses.

Was die Diagnose betrifft, so ist die Unterscheidung von anderen Abdominalgeschwülsten oft sehr schwierig, Verwechslungen mit Ovarial- und Uterustumoren, mit Wanderniere sind nicht selten.

Die Entfernung des Organs ist meist angezeigt, umsomehr als sie gefahrlos und ohne schädliche Folgen ist. Sie ist bisher in 20 Fällen mit Erfolg ausgeführt worden. Eine Annähung derselben analog der Fixirung der Wanderniere hat sich bisher nicht bewährt.

Mit Wandermilz behaftete Personen weisen stets eine sehr hagere Figur auf und behalten dieselbe auch nach Entfernung des Organs.

Ballance hat einen Fall von Wandermilz operirt bei einer 29jährigen Frau. Die Stiellänge betrug 21 cm, die Dicke 4 cm. Die Operation verlief gut, aber einige Tage nachher trat Fiebersteigerung, Anorexie, Abmagerung, Abnahme der rothen, Zunahme der weissen Blutkörperchen ein und schliesslich eine Schwellung der äussern Lymphdrüsen, worauf allmählich Besserung folgte. Sutton dagegen hatte bei seinen 3 operirten Fällen keinerlei schlimme Folgen gesehen und erwähnt, dass auch nur in einem einzigen Falle der Literatur Aehnliches wie oben beobachtet wurde. Eine Medication von Knochenmark, Milzextract etc. hat keinerlei Einfluss.

Sitzung vom 25. Januar 1897.

Eine neue Blasenscheidenfisteloperation.

Stanmore Bishop-Manchester empfiehlt eine neue Operationsmethode, deren Hauptpunkte folgende sind: Rings um die Fistel wird eine circuläre Incision gemacht, von deren Rand aus das Gewebe gegen die Fistel zu radiär mehrfach gespalten wird, jedoch

nicht vollständig. Die so entstandenen Lappen hängen in die Vagina herein und werden durch lange Fäden gefasst, welche ausserhalb der Scheide geknüpft werden. Dann wird eine gekrümmte Kornzange durch die Urethra in die Blase geführt, die langen Fäden von innen her gefasst und durch die Blase herausgezogen, so dass die Lappen nach innen umgestülpt werden. Alsdann werden sie durch ringförmig angelegte Suturen, welche aber nur durch das Bindegewebe gehen und die Schleimhaut nicht treffen, von der Scheide aus zusammengezogen und so die Fistelöffnung nach der Blase zu verschlossen. Eine zweite Lage solcher Nähte, ebenfalls nur im Bindegewebe, vereinigt dann die nach der Scheide zu gelegenen, durch die Incision geschaffenen Wundflächen. Beide Nähte, werden versenkt. Der jetzt noch in die Scheide hineinragende Wulst wird durch fortlaufende Catgutsuturen vernäht und falls er zu gross ist, mit Thiersch'schen Transplantationen bedeckt, welche durch Jodoformgazetamponade an Ort und Stelle erhalten werden. Die Patientin muss 10 Tage Bauchlage einhalten, der Urin wird die ersten Tage durch Katheter entleert. Die Erfolge der Operation sind sehr zufriedenstellend.

R. Harrison hat nur das eine Bedenken, dass durch die eingestülpte Narbe die Anlagerung von Phosphatsteinen begünstigt werde, wie er es wiederholt nach der Cystotomia suprapubica beobachtet hatte, welche Gefahr Bishop dadurch vermieden glaubt, dass der in der Blase befindliche Theil vollständig mit Schleimhaut überkleidet ist, also keine rauhe Oberfläche besitzt.

British Gynaecological Society.

Sitzung vom 14. Januar 1897.

Das Sublimat in der Geburtshilfe.

Clement Godson veröffentlicht interessante Mortalitätsstatistiken des grossen City of London Lying-in Hospitals. Die Mortalität betrug in der vorantiseptischen Zeit 1833—1860: 3,09 Proc., 1861—1877: 1,69 Proc. Mit Einführung der antiseptischen Methode 1880—1886: 0,62 Proc. und seit 1886 unter ausschliesslicher Anwendung des Sublimats 0,24 Proc. (bei 4608 Entbindungen). Das Sublimat wird in der Concentration von 1:1000 zur Desinfection und 1:2000 zur Vaginaldouche verwendet. In keinem Falle wurde eine Sublimatvergiftung beobachtet. Die Geschichte des Hospitals ist ein Beweis dafür, dass die Localität und Einrichtung nur unwesentlichen Einfluss auf die Sterblichkeit hat, denn trotz wiederholtem Umbau blieb sie auf ihrer Höhe, bis die antiseptische Methode sie herabsetzte. G. befürwortet angelegentlichst die Anwendung des Sublimats auch in der Privatpraxis und Ueberlassung desselben an die Hebammen.

Royal medical and chirurgical Society.

Sitzung vom 26. Januar 1897.

Operation bei Perforation von Typhusgeschwüren.

Bisher sind nur sehr wenige Fälle bekannt, in denen bei eingetretener Perforation eines Typhusgeschwürs die Laparotomie mit Darmnaht mit Erfolg ausgeführt wurde. Im New-York Medical Record (Jan. 95) werden nur 3 Fälle von van Hook, Netschajen und Abbe erwähnt. Ueber einen vierten berichtet Lauder Brunton:

Es handelt sich um einen Typhus bei einem 37jährigen Manne, mit Darmblutungen, Recidiv in der sechsten Woche. In der achten Woche traten plötzlich die Symptome einer Perforation ein. Die Operation wurde von A. Bowlby 18 Stunden später ausgeführt. Die etwa erbsengrosse Perforationsstelle sass im Kolon, dem Mesenterialansatz gegenüber, in der Mitte eines geschwürigen Peyer'schen Plaques Die Gedärme waren durch frische entzündliche Adhaesionen unter sich und mit dem Netze verwachsen, so dass eine abgeschlossene Höhle in der untern Bauchhälfte gebildet wurde, welche etwa einen halben Liter eitrige mit Darminhalt durchsetzte Flüssigkeit enthielt. Nach gründlicher Reinigung der Bauchhöhle wurde die Perforation durch 10 Lembert'sche Suturen vernäht und nach nochmaliger Irrigation mit heissem Wasser das Abdomen unter Einlage eines Drains geschlossen. Die Operation verlief ohne jeden Zwischenfall, die Drainage wurde nach 48 Stunden entfernt, 4 Tage lang wurde ausser etwas Wasser innerlich nichts gereicht, am fünften erfolgte nach einem Einlauf Stuhlentleerung und unter sorgfältiger Diät trat völlige Heilung im Laufe eines Monats ein. Brunton ist der Ansicht, dass die Perforation bereits in einem früheren Zeitpunkt eingetreten war, durch Adhaesionen aber local beschränkt blieb, erst bei kräftigerer Diät lösten sich dieselben und trat ein neuer Erguss in die Bauchhöhle auf, der die schweren Symptome erzeugte.

Ein interessantes Gegenstück zu diesem Falle wird in derselben Sitzung von P. Herringham berichtet. Bei einem 13jährigen Mädchen traten am 21. Tage des Typhus die Symptome acuter Perforation auf. Nach 3½ Stunden Operation durch A. Bowlby. Die Gedärme erwiesen sich jedoch vollkommen frei, als Ursache der schweren Symptome fanden sich Massen von Scybala im Kolon, nach deren Entfernung die Erscheinungen sistirten. Glatte Heilung.

Die beiden Fälle sind, wie S. Philipps in der Discussion bemerkt, in doppelter Beziehung interessant. Einmal, weil sie zeigen, dass die Diagnose der Perforation nicht immer sicher zu stellen ist, da gerade in dem Falle von Herringham, wo keine Perforation bestand, die Symptome alarmirend waren und andererseits, weil sie einen Zweifel an der von manchen Beobachtern vertretenen Ansicht einer Spontanheilung perforirter Typhusgeschwüre aufkommen lassen.

Norman Moore verbreitet sich über die Häufigkeit des Eintrittes und den Sitz der Perforation durch Vergleiche an einem Material von 113 letalen Typhusfällen vom St. Barthelmew's Hospital London. Er erwähnt ferner, dass noch kein Fall bekannt sei, in dem durch Section die Spontanheilung einer Perforation nachgewiesen wurde.

W. Goodall bemerkt, dass der gute Allgemeinzustand der Kranken die Hauptursache des glücklichen Ausgangs der Operation sei. Der Zeitpunkt des Eintritts der Perforation habe darauf weniger Einfluss, bei einem frühen Eintritt derselben sei das Fieber, bei einem späteren die Erschöpfung zu fürchten. Bezüglich des zweiten Falles glaubt er, dass vielleicht die Entleerung einer vereiterten Mesenterialdrüse die Perforationssymptome vorgetäuscht haben könne, was jedoch von Bowlby verneint wird.

Zwei weitere Fälle von Perforation bei Typhus mit letalem Ausgang werden berichtet von Francis Hawkins und M. Sheild, die dadurch interessant sind, dass die Perforation die Gallenblase betrifft, im ersten Falle bestand daneben noch ausgesprochener Ikterus. F. L.

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie.

Sechsundzwanzigster Congress.

Der sechsundzwanzigste Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 21. bis 24. April in Berlin statt.

Die Begrüssung der zum Congresse sich versammelnden Mitglieder geschieht am Dienstag, den 20. April, Abends von 8 Uhr ab im Hôtel de Rome (Charlottenstrasse No. 44/45). Die Mitglieder des Vorstandes werden zu einer am 20. April, Vormittags 10 Uhr, abzuhaltenden Sitzung noch besonders eingeladen werden. Ich bitte dieselben schon jetzt, vollzählig zu erscheinen.

Die Eröffnung des Congresses findet Mittwoch den 21. April, Vormittags 10 Uhr, in dem Langenbeck-Hause statt. Während der Dauer des Congresses werden Morgensitzungen von 10—1 Uhr und Nachmittagssitzungen von 2—4 Uhr daselbst gehalten.

Für den ersten, zweiten und dritten Sitzungstag habe ich die Besprechung folgender Gegenstände auf die Tagesordnung gesetzt:

1. Die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. Herr von Leube (Würzburg) und Herr Mikulicz (Breslau) haben die Referate übernommen. 2. Die Bedeutung der Röntgen-Strahlen für die Chirurgie. Herr Kümmell (Hamburg) hat den einleitenden Vortrag übernommen. 3. Die operative Behandlung der Prostata-Hypertrophie. Herr Helferich (Greifswald) wird einen einleitenden Vortrag halten.

Auf den Wunsch maassgebender Mitglieder wird die weitere Besprechung der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung von der Tagesordnung dieses Congresses ausgeschlossen, da erst ausreichende Erfahrungen gesammelt werden sollen.

Die Nachmittagssitzung des Freitags hat den Charakter der Generalversammlung. In ihr findet statutenmässig Rechenschaftsablegung über das Vermögen der Gesellschaft sowie die Wahl des Vorsitzenden für Jahr 1898 statt.

Von auswärts kommende Kranke können im Königlichen Klinikum (Berlin N., Ziegelstrasse Nr. 5—9) Aufnahme finden; auch können Präparate, Bandagen, Instrumente u. s. w. ebendahin gesandt werden. Wenn ausreichende Anmeldungen einlaufen, wird eine Ausstellung von Photographien chirurgisch wichtiger Fälle nach Röntgen's Verfahren stattfinden.

Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich sobald als möglich dem ständigen Schriftführer, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Gurlt (Berlin W., Keithstrasse No. 6) zugehen zu lassen. Beiträge zur Statistik der Narkosen sind ebendahin zu richten.

Das gemeinsame Mittagsmahl ist auf Donnerstag den 22. April, 5 Uhr Abends im Hôtel de Rome angesetzt. Für die Theilnehmer wird ein Bogen zur Einzeichnung ihrer Namen ebendaselbst am Abend des 20. April und am 21. April während der Sitzung im Langenbeck-Hause ausliegen.

Herr Anders ist beauftragt und ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeck-Hauses, Zuwendungen für die Bibliothek, sowie die regelmässigen Zahlungen der Mitglieder entgegen zu nehmen.

Tübingen, Januar 1897.

Prof. Dr. P. Bruns,
Vorsitzender für das Jahr 1897.

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

Die diesjährige Jahresversammlung des Vereins wird vom **14. bis 17. September** in **Karlsruhe** stattfinden und sind folgende **Verhandlungsgegenstände** in Aussicht genommen:

1. Der augenblickliche Stand der Wohnungsdesinfection in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht. 2. Die Bekämpfung des Alkoholismus. 3. Die Nahrungsmittelfälschung und ihre Bekämpfung. 4. Die Vorzüge der Schulgebäude-Anlage

im Pavillon-System für die Aussenbezirke der Städte. 5. Vortheile und Nachtheile der getrennten Abführung der Meteorwässer bei der Canalisation der Städte. 6. Die Verbreitung von Infectionskrankheiten in Badeorten und Sommerfrischen und Maassregeln zum Schutz der Bewohner und Besucher solcher Orte.

Balneologische Gesellschaft.

XVIII. öffentliche Versammlung zu Berlin vom 11.—15. März 1897.

Die Sitzungen finden statt im Hörsaale des pharmakologischen Instituts der Universität, Dorotheen-Strasse 34a.

Freitag, den 12. März, Abends 7 Uhr.

1. Herr Liebreich-Berlin: Eröffnungsrede. 2. Herr Brock-Berlin: Bericht über das verflossene Vereinsjahr. 3. Wahl des Vorstandes und der Gruppenvorsteher. 4. Herr Goldstein-Berlin: Ueber die Einwirkung der Kathodenstrahlen. 5. Herr Lindemann-Helgoland: Ueber die Heilwirkung des Seebades bei Magenkranken. 6. Herr Hansemann-Berlin: Ueber Heilung und Heilbarkeit mit Demonstrationen. 7. Herr Keller-Rheinfelden: Die Menstruation und ihre Bedeutung für Curproceduren.

Samstag, den 13. März, Vormittags 10 Uhr.

8. Herr Lahusen-Brunnthal: Schlaf und Schlaflosigkeit. 9. Herr Eulenburg-Berlin: Ueber Bewegungstherapie bei Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten. 10. Herr Joseph-Landeck: Beitrag zur Symptomatologie der Neurasthenie. 11. Herr Mendelsohn-Berlin: Zur Behandlung der Nieren- und Blasensteine durch Mineralwässer. 12. Herr Stifler-Steben: Untersuchungen über die Wirkung künstlicher Bäder.

Sonntag, den 14. März, Vormittags 10½ Uhr:

13. Herr Weisz-Meran: Zur Frage der Arthritis deformans. 14. Herr Wegele-Königsborn: Ueber den Werth der chemischen Untersuchung des Magensaftes für die Diagnose und Therapie der Verdauungskrankheiten. 15. Herr Liebreich-Berlin: Ueber Mineralwasserfüllung behufs analytischer Untersuchungen. 16. Herr Immelmann-Berlin: Der gegenwärtige Stand der Behandlung von Erkrankungen der Athmungsorgane mittelst verdichteter und verdünnter Luft. 17. Herr Vollmer-Kreuznach: Chlorcalcium und seine Verwendbarkeit in Bädern und Trinkwässern. 18. Berichte der Gruppenvorsteher. 19. Anträge aus der Versammlung über Standesangelegenheiten.

Montag, den 15. März, Vormittags 11 Uhr und Abends 7 Uhr.

20. Herr Fischer-Arosa: Die Wirkung der klimatischen Factoren der Höhencurorte unter einem neuen Gesichtspunkte. 21. Herr Schubert-Wiesbaden: Der Einfluss der Aderlassbehandlung auf Hautkrankheiten und mikroskopische Blutbefunde bei denselben. 22. Herr Ziegelroth-Berlin: Ueber die Bedeutung der Lehre von den Autotoxinen für die wissenschaftliche Hydrotherapie. 23. Herr Schuster-Nauheim: Ueber Palpation der Bauchorgane im warmen Vollbade. 24. Herr Immelmann-Berlin: Ueber den therapeutischen Werth von Lignosulfit-Inhalationen. 25. Herr Lenné-Neuenahr: Ueber künstliche und natürliche Mineralwässer. 26. Herr Winternitz-Wien: Hydrotherapie der Basedow'schen Erkrankungsformen. 27. Herr Strasser-Wien: Diabetes und Hydrotherapie. 28. Herr Kraus-Kaltenleutgeben: Die hydriatrische Behandlung der Albuminurie.

Berlin, im Februar 1897.

Liebreich. Winternitz. Schliep. Thilenius.
Brock, Berlin SO., Melchiorstrasse 18.

Verschiedenes.

Schleier und Sehschärfe. C. A. Wood (Boston Med. and Surg. Journ., Dec. 1896) macht die Mode des Schleiertragens seitens unserer Damen für eine Reihe von Leiden verantwortlich, Herabsetzung der Sehschärfe, Kopfschmerzen, Schwindel, Ueblichkeiten. Diese Folgezustände sind bedingt durch die Anstrengung, die das Auge machen muss, durch ein Hinderniss durchzusehen. Eine unregelmässige Zeichnung des Schleiers, besonders aber die jetzt so beliebten Muster mit grossen Tupfen, verstärken dieses Hinderniss und sind besonders schädlich. Im Allgemeinen steht die Beeinträchtigung der Sehschärfe im directen Verhältniss zu der Zahl und Grösse der Maschen. Doppelte Fäden des Maschengewebes sind zu verwerfen. Ein einfacher Schleier ohne Zeichen und Tupfen, mit grossen Maschen und einfachen Fäden, ist relativ am unschädlichsten. Schwache Augen sind naturgemäss eher geneigt, die üblen Folgen des Schleiertragens zu verspüren und sollen vor Allem das Lesen durch den Schleier vermeiden. F. L.

Einen Fall von Carbolgangraen, durch 1proc. Carbolsäure verursacht, trug Maurice Péraire in der Pariser anatomischen Gesellschaft vor. Es handelt sich um ein 10jähriges Kind, welches an der Spitze des rechten Zeigefingers durch einen Hundebiss eine ganz oberflächliche, unbedeutende Wunde erhalten hatte; als nächsten Tages der Finger anschwoll und roth wurde, legte die Mutter 24 Stunden lang auf denselben eine Carbolcompresse Nach Ablauf dieser Zeit war das Glied kalt und unempfindlich, ohne dass das Kind über Schmerzen geklagt hätte; bei der nun aufgesuchten ärztlichen Hilfe zeigte sich die Mortification über die dritte und den grössten Theil der zweiten Phalanx ausgedehnt, durch einen röthlichen Saum gegen die gesunde Umgebung abgegrenzt und absolute Unempfindlichkeit gegen Druck und Nadelstich. Ein alle 3 Tage gewechselter Borsalbenverband konnte nicht verhindern, dass die dritte Phalanx, schliesslich ganz schwarz geworden, abfiel ebenso sämmtliche das zweite Glied bedeckende Weichtheile. Dieser Fall zeigt, wie gefährlich selbst schwache Carbollösung wirken kann, sei es bei einfacher Stich- oder anderer, durch irgend einen Biss etc. verursachter Wunde. St.

Verletzung durch Radfahren. Dr. S. Baumgarten-Budapest beschreibt (Ungar. med. Presse, No. 4) eine Ruptur der Harnröhre, die dadurch entstanden war, dass der Patient beim Versuch, vom Rad abzuspringen, auf den Rand des Sattels zurückfiel.

(Therapeutische Notizen siehe Seite 166.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 9. Februar. Seitens der preuss. Regierung wird bekanntlich eine Reform des Diensteinkommens der Universitätsprofessoren in dem Sinne beabsichtigt, dass dieselben, soweit sie sich nicht vermöge ihrer Nebeneinnahmen an Collegiengeldern und aus sonstigen Quellen in einer bevorzugten Stellung befinden, eine Gehaltserhöhung erhalten sollen, während andererseits ein Theil der Collegiengelder, und zwar in Berlin die Hälfte des 4000 Mark, an den übrigen Universitäten die Hälfte des 2400 Mark überschreitenden Betrages, einem besonderen, der Verwaltung des Ministers unterstehenden Fonds überwiesen werden soll. Gegen diese Absicht wird nun seitens der Universitäten energisch Opposition erhoben und es haben Rector und Senat der Universitäten Halle, Greifswald und neuerdings auch Berlin an das Abgeordnetenhaus Petitionen gerichtet, um die Verwirklichung derselben entgegen zu arbeiten. Als Begründung wird angeführt, dass die Verkümmerung des Rechtes des Honorarbezuges die Professoren in eine gewöhnliche Beamten-tellung versetze, wodurch die Unabhängigkeit der Lehrer der Wissenschaft und damit das Gedeihen der Universitäten in Frage gestellt werde. In der Budgetcommission des Abgeordnetenhauses ist nun die Frage bereits zur Besprechung gekommen, wobei der Vertreter der Staatsregierung sich den geäusserten Wünschen entgegenkommend zeigte, so dass eine Verständigung über die grundsätzlichen Fragen nicht ausgeschlossen erscheint.

— Im preuss. Abgeordnetenhause wurde in der Generaldebatte über den Etat von verschiedenen Rednern bedauert, dass betreffs der Medicinalreform wieder alles still geworden und kein Gesetzentwurf vorgelegt sei. Demgegenüber erwiderte der Herr Minister Dr. Bosse in der Sitzung vom 20. Januar:

«Ich würde auch selbst eine Sache, die mir ausserordentlich am Herzen liegt, die auch von den Herren Abgeordneten Dr. Sattler, Richter und Freiherrn v. Zedlitz erwähnt ist, die Medicinalreform, hier mit Stillschweigen übergangen haben. Die Sache ist im vollen Gange. Der Herr Abgeordnete Richter hat ganz richtig herausgefunden, dass sie nur deshalb im Etat nicht erscheint, weil sie in voller Vorbereitung ist, und wir demnächst hoffen, mit einer Vorlage und weitergehenden Dingen, als es in diesem Jahre möglich gewesen wäre, an Sie herantreten zu können. Ich werde, wenn nöthig, in der zweiten Lesung, wie in der Budgetcommission mich über diese Frage sehr gern weiter auslassen, Ihnen ausgiebigst Auskunft ertheilen. Wenn der Herr Abgeordnete Sattler sich gewundert hat, dass es über die Medicinalreform in der Presse so still geworden, so nehme ich doch an, dass wir darüber einig sind, dass wir nicht wünschen können, dass, so lange eine Gesetzgebung nicht fertig ist, wir uns hinstellen und in der Presse das Tantam schlagen. (Sehr richtig! rechts.) Das kann ich nicht; das will ich nicht, und das wird auch Herr Dr. Sattler nicht wollen; darin sind wir, glaube ich, beide einig.» (Z. f. Med. Beamte.)

— Die Grundzüge der Umgestaltung der Medicinalbehörden in Preussen sollen, nach Mittheilungen der Tagespresse, in der Medicinalabtheilung des Cultusministeriums ausgearbeitet sein, der Minister aber beabsichtigen, die Grundzüge der Medicinalreform, bevor diese in die Form eines Gesetzentwurfs gekleidet werden, in einer freien Commission zur Erörterung zu stellen. Zu dieser Commission sollen hervorragende medicinische Autoritäten und bewährte Medicinalbeamte zugezogen werden; es sollen aber auch Mitglieder der beiden Häuser des Landtags, die für die Medicinalreform früher Interesse zu erkennen gegeben haben oder auf deren Urtheil in dieser Frage besonderes Gewicht zu legen ist, betheiligt werden. An verschiedene Mitglieder des Abgeordnetenhauses hat der Cultusminister eine Einladung zur Theilnahme erlassen. Wann die Commission zusammentreten wird, ist noch nicht bestimmt.

— Das Trachom, zu dessen Bekämpfung im preussischen Etat die Summe von 75 000 Mk. gefordert wird, hat in der letzten Zeit in einigen Kreisen des östlichen Preussen bedeutend um sich ge-

griffen. Einer Mittheilung der Tagespresse entnehmen wir folgende Zahlen: Im Kreise Johannisburg allein befinden sich 2343 Trachomkranke. Im Kreise Lyck ist die Zahl der Erkrankten sogar auf 3913 gestiegen, wovon 994 auf die Stadt und 2939 auf die umliegenden Ortschaften entfallen. Da die Kreisstadt Lyck nur ungefähr 10 000 Einwohner besitzt, hat dort die Zahl der Erkrankten fast 10 Proc. erreicht. Im Kreise Sensburg befinden sich in ungefähr 20 Ortschaften 913 Kranke; im Kreise Pillkallen ist die kontagiöse Augenentzündung namentlich unter den Schulkindern stark verbreitet. Der letzte Bericht von Ende Januar meldet, dass 571 Schulkinder und 757 Angehörige oder Kinder erkrankt sind. In Gumbinnen befinden sich 476 Kranke unter ärztlicher Aufsicht.

— Fälle, in denen ein erlittenes Trauma nur in zweifelhaftem oder mittelbarem Zusammenhange mit einer sich daran anschliessenden Erkrankung, wie z. B. der Entwicklung eines Tumors, steht, sind mit Rücksicht auf darauf gegründete Unfallversicherungs-Ansprüche in letzter Zeit häufig Gegenstand gerichtlicher Entscheidungen gewesen. Hierher gehört auch folgende interessante Entscheidung des Reichsgerichtes vom 21. December vor. Jrs.: Ein Herr war während eines kurzen Aufenthaltes des Eisenbahnzuges aus dem Wagen auf den Perron gesprungen. In der Folge entwickelte sich eine tuberculöse Entzündung in dem linken Fusse des Klägers, welche die Amputation nothwendig machte. Das Reichsgericht war nun der Auffassung, dass die bestehende tuberculöse Disposition des Klägers nicht in Wirksamkeit getreten wäre, wenn nicht jener äussere Anlass den Jahre hindurch unschädlich gebliebenen Tuberkelherd geöffnet und zur Entwicklung gebracht hätte. Die Erkrankung des Fusses und die Amputation sind somit ohne Gesetzesverletzung als unmittelbare Folge eines körperlichen Unfalls im Sinne der Versicherungsbedingung anzusehen d. h. eines äusseren von dem Willen des Klägers unabhängigen Ereignisses. Danach wurde die Unfallversicherungsgesellschaft, bei welcher Kläger versichert war, zur Zahlung einer Jahresrente von 432 Mk. 20 Pf. verurtheilt.

— Bei der k. Charité in Berlin wird eine besondere Abtheilung von 50 Betten für Unfallverletzte geschaffen, deren Einrichtung demnächst erfolgen soll; ferner soll in Verbindung mit der chirurgischen Poliklinik der Charité eine Sanitätswache errichtet werden.

— Den Besuchern des XII. internationalen Congresses in Moskau wurden seitens des russischen Finanzministers Tarifermässigungen für die Fahrt nach Petersburg und für Rundreisen in Russland in Aussicht gestellt.

— Die XI. Versammlung der Anatomischen Gesellschaft wird vom 24.—27. April ds. Js. in Gent stattfinden. Vorträge und Demonstrationen sind bis spätestens 8 Tage vorher beim Schriftführer, Prof. K. v. Bardeleben, anzumelden.

— In der 3. Jahreswoche, vom 17. bis 23. Januar 1897, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Liegnitz mit 27,5, die geringste Sterblichkeit Hagen und Remscheid mit 9,5 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Königshütte, an Diphtherie und Croup in Halle und Spandau, an Unterleibsyphus in Gera.

— Die Sammlung für das Pasteur-Denkmal in Paris hat bisher die Summe von 250,000 Frcs. ergeben. Die Ausführung des Denkmals ist dem Bildhauer Paul Dubois übertragen; als Standort ist ein Platz vor den Gärten des Palais Luxembourg in Aussicht genommen.

— Mit Beginn des Jahres ist der II. Theil des Reichsmedicinalkalenders (Verlag von G. Thieme-Leipzig) erschienen. Ausser dem Personalverzeichniss der sämmtlichen Aerzte Deutschlands enthält der Band die jüngsten Gesetze und Verordnungen auf dem Gebiete des Civil- und Militär-Medicinalwesens, die neuen Mitgliederlisten der staatlichen Standesvertretungen, die Rang- und Anciennitätsliste des deutschen Sanitäts-Officier-Corps etc. Wie der erste Theil ein verlässiger Begleiter auf der Praxis, so ist der zweite ein unentbehrliches Nachschlagebuch am Schreibtisch.

— In Moskau erscheint mit Beginn dieses Jahres eine neue medicinische Monatsschrift «Die Chirurgie», unter Redaction des Professors Diakonow. Dieselbe bringt Arbeiten russischer Chirurgen sowie Referate und Kritiken.

— Vom 1. Januar bis 31. December 1896 wurden beim allgemeinen Deutschen Versicherungs-Verein in Stuttgart 50 634 neue Versicherungen abgeschlossen und 9152 Schadenfälle regulirt. Von letzteren entfallen auf die Haftpflicht-Versicherung 2150 Fälle wegen Körperverletzung und 1336 wegen Sachbeschädigung; auf die Unfall-Versicherung 5005 Fälle, von denen 17 den sofortigen Tod und 80 eine gänzliche oder theilweise Invalidität der Verletzten zur Folge hatten. Am Schluss des Jahres 1896 waren 213 178 Policen über 1 435 865 versicherte Personen in Kraft.

(Universitätsnachrichten.) **Berlin.** Privatdocent Dr. Klemperer, früher Assistent der Leyden'schen Klinik, und Privatdocent Dr. Rosenheim, früher Assistent der Klinik Senator's, wurden zu Professoren ernannt. — **Dresden.** Der ord. Prof. für Hygiene der Kgl. sächs. technischen Hochschule und Direktor der Kgl. Centralstelle für öffentl. Gesundheitspflege, Dr. Fr. Renk, ist unter Beibehaltung seiner bisherigen Aemter an Stelle des in den Ruhestand getretenen Geheimen Medicinalrathes Dr. Lehmann als ständiger Beirath für hygienische und Medicinalangelegenheiten mit dem Titel Obermedicinalrath in das Ministerium des Innern berufen worden. — **Erlangen.** Prof. Fischer hat den Ruf nach Kiel abgelehnt. — **München.** Zum ordentlichen Professor der Pharmakologie und Pharmazie an der Kgl. Thierärztlichen Hochschule in München wurde der dermalige Kaiserl. Regierungsrath, Mitglied des Gesundheitsamtes und Privatdocent der Universität Berlin, Dr. med. et phil. Jos. Brandl ernannt. Derselbe war im Gesundheitsamt Vorsitzender der neu begründeten Abtheilung, der die Bearbeitung des Arzneibuches unterstellt ist.

Petersburg. Prof. Nencki feiert sein 25 jähriges Docentenjubiläum. — **Wien.** Hofrath Prof. Leop. v. Schrötter feierte am 5. ds. seinen 60. Geburtstag. Aus diesem Anlasse wurde ihm von seinen Schülern eine Festschrift gewidmet, die als Supplementheft zum 32. Band der Zeitschrift f. klin. Med. erschienen ist.

(Todesfälle.) Am 31. Januar starb in Folge einer Apoplexie in Cap d'Antibes in der Nähe von Cannes Sir Thomas Spencer Wells, 3 Tage vor Vollendung des 79. Lebensjahres. Mit ihm geht einer der Heroen der Medicin des 19. Jahrhunderts zu Grabe, einer der Begründer der modernen Chirurgie und Gynäkologie. Wir werden seiner Bedeutung in einem eingehenden Nekrologe gerecht werden.

In München starb am 7. ds. der k. Geheimrath und Obermedicinalrath Dr. Max v. Schleiss-Löwenfeld, im 88. Lebensjahre, der Nestor der Münchener Aerzte. Der Verstorbene, Glied einer grossen Aerztefamilie, wurde geboren am 7. Juni 1809 zu Sulzbach, war Schüler Philipp v. Walther's und liess sich nach längerem Aufenthalte in Paris in München als Arzt nieder, wo er 1851 Leibarzt des Königs Max II wurde. 1864 erhielt er Titel und Rang eines k. Obermedicinalrathes und gelegentlich seines 50jährigen Doctorjubiläums eines Geheimrathes. v. Schleiss war literarisch sehr productiv; seine Werke gehören jedoch einer vergangenen Periode der Wissenschaft an und haben heute ihre Bedeutung verloren. Auch den Angelegenheiten des ärztlichen Standes brachte v. Schleiss in früheren Jahren reges Interesse entgegen. Der aus den Sturm- und Drangjahren 1848 und 1849 hervorgegangenen ersten Standesvertretung der Aerzte Bayerns, dem «ständigen Ausschuss bayerischer Aerzte» gehörte er als Mitglied an; als solches war er auch Mitbegründer unserer Wochenschrift, zu deren Herausgebern er bis vor wenigen Jahren zählte.

In Petersburg starb der ehemalige Professor der Medicin und Hygieniker, Dr. Nikolai Zdeckauer, 82 Jahre alt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Georg Pütterich, approbirt 1896, zu Heidingsfeld; Dr. Emil Rauser, approbirt 1896, zu Zellingen a/M.; Dr. Ant. Eisele in Saulgau.

Verzogen: Dr. Hamburger von Zellingen unbekannt wohin.

Ernannt: Zum I. Assistenzarzt der Kreisirrenanstalt Werneck der bisherige II. Assistenzarzt dieser Anstalt, Dr. Adolf Herfeldt.

Befördert: Im activen Heere: zu Assistenzärzten 2. Classe die Unterärzte Dr. Edmund Heitz im 13. Inf.-Reg. und Dr. Robert Dölger im 2. Pion.-Bat., beide mit einem Patente vom 6. Januar 1897.

Abschied bewilligt: Im Beurlaubtenstande: dem Assistenzarzt 2. Classe der Reserve Dr. Peter Burguburu (Landau).

Gestorben: Dr. Ludwig v. Valta, praktischer Arzt in Kirchheim a. M., 65 Jahre alt; Dr. v. Schleiss-Löwenfeld, k. Geheim-Rath in München, 88 Jahre alt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 4. **Jahreswoche** vom 24. bis 30. Januar 1897.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 12 (6*), Diphtherie, Croup 38 (39), Erysipelas 14 (14), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (—), Kindbettfieber 3 (—), Meningitis cerebrospin. — (—). Morbilli 48 (35), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 10 (4), Parotitis epidemica 8 (3), Pneumonia crouposa 22 (24), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 31 (29), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 32 (39), Tussis convulsiva 17 (18), Typhus abdominalis 2 (2), Varicellen 12 (22), Variola, Variolois — (—). Summa 253 (235). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 4. Jahreswoche vom 24. bis 30. Januar 1897.

Bevölkerungszahl: 418 000.

Todesursachen: Masern 3 (1*), Scharlach 2 (—), Diphtherie und Croup 3 (3), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyämie) — (—), Brechdurchfall 1 (—), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 3 (—), Croupöse Lungenentzündung — (—), Tuberculose a) der Lungen 23 (37), b) der übrigen Organe 5 (6), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (4), Unglücksfälle 1 (—), Selbstmord 1 (3), Tod durch fremde Hand 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 159 (176), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 19,8 (21,9), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 12,0 (14,6), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 11,0 (15,6).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in Mü

Beilage zu No. 6 der Münchener medicinischen Wochenschrift.

Protokoll über die Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses

zu München, am 19. December 1896.

Gegenwärtig:

1. Der kgl. Obermedicinalrath im kgl. Staatsministerium des Innern, Dr. Grashey, I. Vorsitzender.
2. Geheimer Rath Dr. v. Ziemssen, kgl. Universitätsprofessor, II. Vorsitzender.
3. Geheimer Rath Dr. v. Pettenkofer, kgl. Universitätsprofessor, Excellenz.
4. Geheimer Rath Dr. v. Voit, kgl. Universitätsprofessor.
5. Obermedicinalrath Dr. Bollinger, kgl. Universitätsprofessor.
6. Obermedicinalrath Dr. v. Winckel, kgl. Universitätsprofessor.
7. Obermedicinalrath Dr. Max Braun.
8. Dr. Angerer, kgl. Universitätsprofessor.
9. Der kgl. Ministerialrath im kgl. Staatsministerium des Innern, Hörmann.

(Ordentliche Mitglieder des kgl. Obermedicinalausschusses.)

10. Der kgl. Bezirksarzt, Medicinalrath Dr. Aub in München.
11. Der kgl. Bezirksarzt Dr. Schmid in Passau.
12. Der kgl. Landgerichtsarzt Dr. Demuth in Frankenthal.
13. Der praktische Arzt, Hofrath Dr. Brauser in Regensburg.
14. Der kgl. Bezirksarzt, Medicinalrath Dr. Roth in Bamberg.
15. Der kgl. Bezirksarzt, Medicinalrath Dr. Merkel in Nürnberg.
16. Der kgl. Bezirksarzt Dr. Röder in Würzburg.
17. Der kgl. Bezirksarzt Dr. Holler in Memmingen.

(10—17 als Delegirte der 8 Aerztekammern.)

18. Dr. Kunkel, kgl. Universitätsprofessor in Würzburg.
19. Dr. Penzoldt, kgl. Universitätsprofessor in Erlangen.

(18 und 19 als Vertreter der Universitäten Würzburg und Erlangen; für die Universität München war Geheimrath Dr. v. Voit, ordentliches Mitglied des kgl. Obermedicinalausschusses, anwesend.)

Auf Einladung waren erschienen:

20. Seitens des kgl. Staatsministeriums des Innern für Kirchen und Schulangelegenheiten, der kgl. Ministerialrath Dr. Bumm.
21. Seitens des kgl. Kriegsministeriums der Generalstabsarzt Dr. v. Vogel.

Zur Führung des Protokolls:

22. Der kgl. Regierungsassessor im kgl. Staatsministerium des Innern, Frh. von der Heyde.

Beginn der Sitzung 9 Uhr Vorm.

Der Vorsitzende, kgl. Obermedicinalrath Dr. Grashey begrüsst im Auftrage Seiner Excellenz, des Herrn Staatsministers des Innern, die erschienenen Herren und gibt sodann die seit dem Vorjahre eingetretenen Personalveränderungen im Stande der Mitglieder des erweiterten Obermedicinalausschusses bekannt.

Der Vorsitzende gedenkt zunächst mit warmen Worten des verstorbenen langjährigen Vorsitzenden des kgl. Obermedicinalausschusses, Geheimrath Dr. von Kerschensteiner und ladet die Herren ein, zum Gedenken des Verstorbenen sich von den Sitzen zu erheben; sodann gedenkt der Vorsitzende der als Vertreter der Aerztekammern von Niederbayern und der Pfalz zurückgetretenen Herren Medicinalräthe Dr. Rauscher und Dr. Zöller, an deren Stelle die Herren, kgl. Landgerichtsarzt Dr. Demuth in Frankenthal und kgl. Bezirksarzt Dr. Schmid in Passau die genannten Aerztekammern vertreten. Der Vorsitzende bespricht nun in kurzer Uebersicht den Gegenstand der heutigen Tagesordnung, gibt den Berathungsmodus der Aerztekammern bekannt und ertheilt sodann dem Referenten das Wort.

Gegenstand der Tagesordnung: **«Die Revision der Bestimmungen über die ärztliche Prüfung und hiemit im Zusammenhange die Frage, ob den Absolventen des Realgymnasiums die Zulassung zum medicinischen Studium und zu den ärztlichen Prüfungen zu gestatten sei.»**

Referent: Geheimrath Dr. v. Ziemssen, kgl. Universitätsprofessor.

Correferent: Medicinalrath Dr. Merkel, kgl. Bezirksarzt in Nürnberg.

Referent bemerkt zunächst, er habe in seinem Referate die 7 Hauptpunkte, in denen die Vorlage gipfelt, herausgegriffen und sich bei Erstattung des Referats an die Reihenfolge gehalten, welche von den Aerztekammern eingehalten wurde. Die Aerztekammern haben neben diesen 7 Hauptpunkten noch einige Fragen berührt und Referent habe diese Fragen ausserhalb der 7 Hauptpunkte im Eingange seines Referates besprochen. Diese weniger wichtigen Fragen könnten vielleicht am Schlusse der heutigen Berathung durchgesprochen werden.

Referent verliest hierauf sein schriftliches Referat. (Siehe die Anlage.)

Correferent bemerkt, er habe sein Correferat, welches die ganze Entwickelung der Dinge, soweit sie die Mitwirkung der Aerzte bei der Prüfung betrifft, zum Ausgangspunkte nehme, bereits ausgedacht, bevor er das Referat des Herrn Geheimraths Dr. v. Ziemssen in die Hand bekam, und es seien ihm hinterher Bedenken gekommen, ob er nicht in seinen Ausführungen zu weit ausgegriffen habe; nach reiflicher Ueberlegung habe er jedoch geglaubt, im Interesse der Sache von seinem ursprünglichen Plane nicht abgehen zu sollen und er bitte desshalb auch das mit in den Kauf zu nehmen, was vielleicht nicht unmittelbar zu den eigentlichen Fragen der Vorlage gehöre.

Correferent verliest sodann sein Correferat. (Siehe die Anlage.)

Der Vorsitzende stellt zunächst dem Collegium anheim, ob eine Generaldiscussion zum Gegenstande der Tagesordnung beliebt werde und eröffnet, nachdem eine Generaldiscussion nicht in Antrag gebracht wird, sofort die Specialdiscussion zu den einzelnen Fragen.

Medicinalrath Dr. Aub regt an, die 7 Hauptpunkte zuvor in Berathung zu nehmen und die weniger wichtigen Fragen, welche Referent Eingangs seines Referats behandelt habe, an den Schluss der Discussion zu stellen, welchem Antrage das Collegium zustimmt.

1. Punkt: „Verlängerung des medicinischen Studiums auf 10 Semester ohne Einrechnung des Militärhalbjahres".

a) **Den Antrag auf Verlängerung des medicinischen Studiums auf 10 Semester erhebt das Collegium ohne weitere Debatte zum Beschlusse.**

b) Die Frage der Einrechnung des Militärhalbjahres in das Studium ruft eine längere Debatte hervor.

Medicinalrath Dr. Aub legt den Standpunkt der oberbayerischen Aerztekammer dar, welche sich dagegen ausgesprochen habe. Er für seine Person nehme auch den Standpunkt ein, dass das Militärhalbjahr, welches für das Studium verloren sei, eigentlich in das Studium nicht eingerechnet werden könne; er verkenne jedoch die Schwierigkeiten nicht, welche dem in der Praxis insbesondere im Hinblicke auf die Ungleichheiten hinsichtlich der Ableistung des Militärhalbjahres durch die Zurückstellungen entgegenstünden.

Er stehe desshalb dem Vermittlungsvorschlage des Correferenten, nach welchem das Militärhalbjahr unter der Waffe dann in das Studium eingerechnet werden solle, wenn es innerhalb der ersten 5 Semester abgeleistet werde, sympathisch gegenüber.

Generalstabsarzt Dr. v. Vogel spricht sich für die Einrechnung des Militärhalbjahres aus, da derjenige, der seiner Militärpflicht genüge und hiemit Opfer an Zeit und Geld bringe, doch nicht auch in seinem Berufe geschädigt werden soll dadurch, dass er zum Examen später zugelassen wird. Auch werde es dem Einzelnen wohl gelingen, durch besonderen Fleiss das für das Studium verlorene halbe Jahr wieder einzubringen.

Landgerichtsarzt Dr. Demuth erklärt, dass sich die pfälzische Aerztekammer für Einrechnung des Militärhalbjahres ausgesprochen habe, aber zugleich betont habe, dass, wenn Anatomie und Physiologie künftighin nach dem ersten Examen nicht mehr geprüft werden sollen, wohl darauf bestanden werden müsse, dass 5 volle Semester ohne Einrechnung des Militärhalbjahres auf das Studium vor dem ersten Examen verwendet werden müssten.

Correferent legt das Hauptgewicht nicht auf den Verlust eines Semesters, sondern auf die Unterbrechung der Continuität der Studien. Jetzt sei es üblich, entweder im ersten Semester oder unmittelbar nach bestandenem Examen zu dienen. Hiedurch sei die Continuität der Studien nicht unterbrochen. Wenn aber das Militärhalbjahr mitten in die klinischen Fächer falle, so sei dies ein grosser Schaden. Aus dieser Erwägung sei sein Vermittlungsvorschlag hervorgegangen. Allerdings verkenne auch er nicht die Schwierigkeiten, die durch die Zurückstellungen hervorgerufen werden, durch welche die jungen Leute oft bis zum Examen von der Ableistung des Militärhalbjahres abgehalten würden.

Referent kann sich für diesen Antrag nicht besonders erwärmen. Die Einberechnung des Halbjahres bringe immer einen Schaden mit sich, da der Mediciner während dieser Zeit eben seinem Studium entzogen sei. Ausserdem müsse gewünscht werden, dass die Naturwissenschaften in den ersten Semestern möglichst gründlich genommen würden und da könne man sich nicht wohl für eine Schädigung gerade dieser Studien durch Einberechnung des Militärhalbjahres in die ersten Semester aussprechen.

Andererseits sei zu bedenken, dass durch die Vermehrung der Semesterzahl ohnehin die finanziellen Opfer erhöht würden und das Studium vertheuert würde. Referent möchte sich daher für die unbedingte Einrechnung des Militärhalbjahres ohne Rücksicht auf die Zeit der Ableistung aussprechen.

Professor Dr. Penzoldt spricht sich für den Vermittlungsvorschlag aus, wenn gleich es ihm für seine Person an sich sympathischer wäre, wenn die volle Zahl der verlangten Semester wirklich dem Studium gewidmet würde. Redner möchte noch darauf aufmerksam machen, dass man das Staatsexamen nicht jederzeit machen könne. Wenn nun jetzt eine Erhöhung der Semesterzahl erfolgen soll, so müsste andererseits, damit nicht unter Umständen ein weiteres Semester für den jungen Mediciner verloren gehe, Bestimmung dahin getroffen werden, dass das Staatsexamen sowohl im Winter- wie im Sommersemester gemacht werden könne.

Geheimrath Dr. v. Voit ist ebenfalls im Hinblicke auf die Continuität der Studien, welche insbesondere in den ersten Semestern vor dem Tentamen physicum, in welches sich ein Colleg auf das andere förmlich aufbaue, ohne grossen Schaden für das Studium nicht unterbrochen werden dürfe, für den Vermittlungsvorschlag des Correferenten. Am liebsten wäre es ihm, wenn das Militärhalbjahr stets am Anfang der Studien, im ersten Semester abgeleistet würde. Correferent präcisirt seinen Antrag dahin: «Die Einrechnung des Militärhalbjahres (unter der Waffe) in die Studienzeit soll nur dann stattfinden, wenn die Ableistung entweder in dem ersten Semester, oder unmittelbar nach Beendigung des ersten Examens erfolgt.»

Das Collegium tritt diesem Antrage bei.

Prof. Dr. Penzoldt stellt im Hinblicke auf seine vorgegangenen Ausführungen den Antrag, zu dem Beschlusse hinsichtlich der Verlängerung des Studiums auf 10 Semester zuzufügen «unter der Voraussetzung, dass die Schlussprüfung im Wintersemester und Sommersemester gemacht werden kann».

Das Collegium erhebt auch diesen Antrag zum Beschlusse.

2. Punkt: «Einführung eines ärztlichen Prakticums nach der ärztlichen Approbationsprüfung».

Referent führt aus, dass das praktische Jahr unbedingt nach der ärztlichen Approbationsprüfung abgeleistet werden müsse, dass es für den Mediciner viel instructiver sei, wenn er nach dem Examen in einem Krankenhause mit allen Pflichten und der vollen Verantwortung eines Assistenten thätig sei. In Bezug auf das praktische Jahr selbst bemerkt Referent, dass auf der Delegirtenconferenz in Eisenach geäussert worden sei, das praktische Jahr habe sich früher in Bayern schlecht bewährt und zwar sei die Schuld darin gelegen, dass die jungen Leute das praktische Jahr bei praktischen Aerzten als Assistenten abdienen durften. Dies sei vielfach nur eine Bummelei gewesen und es müssten die Leute unter Aufsicht eines Krankenhausvorstandes oder eines Vorstandes einer Poliklinik stehen. Der Dienst in Privatkrankenanstalten oder bei praktischen Aerzten müsste ausgeschlossen werden.

Auch hinsichtlich der Durchführbarkeit des praktischen Jahres seien vielfach Bedenken geäussert worden. Die Schuld trage der Mangel an genügenden Enquêten, indem der Nachweis fehle, dass alle jungen Aerzte entsprechend untergebracht werden könnten.

Mündlich habe jedoch Redner in Erfahrung gebracht, dass man viel mehr Stellen habe, als man brauche.

Referent ist der Ansicht, dass es heute nicht an der Zeit sei, sich mit der technischen Durchführbarkeit eingehend zu beschäftigen; es genüge, wenn man sich mit dem principiellen Gedanken befasse und sich dahin ausspreche, dass die Ausbildung der Aerzte nur dann eine vollkommene sei, wenn sie zuvor ein Jahr in dem Dienste einer Krankenanstalt zugebracht haben.

Correferent führt aus, dass er in seinem Correferat auch davon ausgegangen sei, dass man sich unbedingt für die Einführung des praktischen Jahres aussprechen müsse. Die Frage der Durchführbarkeit habe er nur desshalb mit hereinbezogen, weil in dieser Richtung die Erhebungen nicht genügend seien und er hierauf aufmerksam machen wollte. Auch stehe diese Frage im innigsten Zusammenhange mit einer anderen Frage, die er nicht so glatt von der Hand weisen möchte, nämlich die Frage, ob man nicht die Ableistung des praktischen Jahres auch in Privatkrankenanstalten und bei praktischen Aerzten gestatten sollte. Ein Vergleich mit dem früheren praktischen Jahre in Bayern könne nicht recht gezogen werden. Damals habe jede Controle über die Ableistung des Jahres gefehlt. Nun aber komme der Zwang, der im gegebenen Falle sogar recht wünschenswerth erscheine. Wenn man an dem Zwange, wie ihn die Vorlage vorsieht, festhält, so könne man auch praktische Aerzte und Privatkrankenanstalten mit heranziehen; es werde dann auch die Unterbringung leichter sein.

Zudem wolle er darauf aufmerksam machen, dass auch in früherer Zeit es ausserordentlich selten war, dass ein praktischer Arzt einen jungen Mediciner zur Ableistung des praktischen Jahres bei sich aufgenommen habe. In Mittelfranken war von 1854—1860 ein einziger Arzt, der einen solchen Assistenten halten durfte. Andererseits gebe es unter den Privatkrankenanstalten ganz vorzügliche Anstalten, bei denen ein junger Arzt mindestens ebenso viel lernen könne, als in einem kleineren öffentlichen Krankenhause. Darüber, dass das praktische Jahr nach dem Approbationsexamen abgeleistet werden müsse, bestehe unter den Aerzten kein Zweifel, und wenn man sich dafür ausgesprochen habe, dass noch ein mündliches Schlussexamen nach dem praktischen Jahre folgen solle, so sei das nicht so zu verstehen, dass man auf die Ableistung dieses Examens ein besonderes Gewicht lege; der Hauptzweck, der hiemit verfolgt werden wolle, sei nur der, den Vertretern des ärztlichen Standes, welche in die mit der Abhaltung des mündlichen Examens betraute Kommission treten sollen, einen Einfluss auf die Ertheilung der Approbation zu verschaffen.

Referent bemerkt, dass ihm weitere Erfahrungen über das praktische Jahr fehlen. Nach den Ausführungen des Correferenten wolle er jedoch der Zulassung der praktischen Aerzte und Privatkrankenanstalten zur Ausbildung der jungen Mediciner im praktischen Jahre, zumal wenn eine vorsichtige Auswahl getroffen werde, nicht weiter entgegentreten.

Professor Dr. Penzoldt erklärt sich für einen warmen Anhänger der Einführung des praktischen Jahres. Aber gerade, weil er ein sehr warmer Freund einer solchen Einrichtung sei, müsse er auf die verschiedenen Bedenken ihrer Durchführbarkeit aufmerksam machen. Viele Fragen seien hier nicht geklärt. Wie denke man sich den Vorgang, darf der Mediciner die Anstalt zur Ableistung des praktischen Jahres sich selbst auswählen oder wird ihm eine solche zudictirt? Eine wichtige Frage sei auch die Collision der Assistentenwahl für die theoretischen Fächer. Man sollte doch die Frage der Durchfürbarkeit näher untersuchen, bevor man an die Einführung dieser Einrichtung herantrete.

Landgerichtsarzt Dr. Demuth regt die Frage an, ob ein Theil des praktischen Jahres auch in einer auswärtigen Anstalt zugebracht werden dürfe.

Medicinalrath Dr. Aub hat keinen Zweifel, dass, wenn man dem praktischen Jahre abgeneigt sei, man so viele Bedenken hinsichtlich der Ausführung finden könne, dass man gar nicht zu dem praktischen Jahre komme. Für jetzt handle es sich nur darum, auszusprechen, dass man die Einführung des praktischen Jahres für eine Nothwendigkeit halte. Das andere sei Sache der Ausführung, welche in anderen Händen liege. Er müsse auch widersprechen, dass das praktische Jahr früher in Bayern unnütz gewesen sei. Man habe eben doch sehr vieles gelernt, insbesondere das, mit dem Publicum und dem Patienten richtig umzugehen, was dem mit grosser Wissenschaft von der Hochschule scheidenden jungen Mediciner vielfach fehle.

Redner spricht sich unbedingt für die Einführung des praktischen Jahres aus.

Obermedicinalrath Dr. v. Winckel theilt mit, dass er sich schon im Jahre 1876 mit der gegenständigen Frage beschäftigt habe und die von ihm herbeigeführte Umfrage bei den deutschen Hospitälern habe ergeben, dass die sämmtlichen jungen Mediciner leicht im praktischen Jahre untergebracht werden könnten. Mittlerweile sei die Zahl der grossen Krankenanstalten noch bedeutend gestiegen.

Wenn man immer von einem ganzen Jahre Praxis spräche, so bedenke man nicht, dass die meisten nur ein halbes Jahr in einem Krankenhause zu dienen hätten, da ja die zweite Hälfte des Militärjahres in das praktische Jahr miteingerechnet werde.

Redner tritt sodann ebenfalls für die Benützung einzelner Privatkrankenanstalten und praktischer Aerzte nach Auswahl ein, glaubt jedoch sich entschieden gegen die Benützung ausserdeutscher Hospitäler aussprechen zu müssen, da der Zweck des praktischen Jahres darin erblickt werden müsse, dass die Mediciner als Assistenten beschäftigt werden, für eine solche Beschäftigung in ausserdeutschen Hospitälern aber keine Garantie bestehe. Redner möchte schliesslich seiner Ansicht dahin Ausdruck geben, dass man principiell sich für die Einführung des praktischen Jahres aussprechen und die weiteren Details der Ausführung der Ausführungsbehörde überlassen solle.

Professor Dr. Kunkel glaubt, dass so ziemlich alle betheiligten Kreise im Principe über die Einführung des praktischen Jahres einig sind. Allein es seien auch heute wieder viele Zweifel an der Durchführbarkeit aufgetaucht, wie denn auch bei der Delegirtenconferenz in Eisenach Herr v. Ziemssen der Einzige gewesen sei, der die Durchführung im Vorneherein für möglich und für wahrscheinlich hielt.

Auch Redner sei immer noch im Zweifel, ob und wie sich die Sache durchführen lasse und, wenn heute zur Abstimmung geschritten werde, so sei ein zustimmendes Votum wohl nicht verbindlich auch für die in dem Entwurfe vorgeschlagene Art der Durchführung.

Correferent bemerkt nochmals ausdrücklich, dass das vorgeschlagene Schlussexamen keine irgendwelche wissenschaftliche Bedeutung haben solle.

Bei dem praktischen Jahre müsse die grösste Bedeutung darauf gelegt werden, dass der Mediciner in diesem Jahre eine verantwortliche Stellung habe. Die Ausbildung für den Stand und für den späteren Beruf liege darin, dass er eine untergeordnete Stellung habe und verantwortlich sei. Desswegen müsse man sich auch gegen die Zulassung der Ableistung des praktischen Jahres an auswärtigen Anstalten aussprechen.

Referent erklärt sich mit vorstehenden Ausführungen des Correferenten nach jeder Richtung einverstanden.

Professor Penzoldt ist der Ansicht, dass die Begutachtung der Einführung des praktischen Jahres möglichst einstimmig erfolgen sollte, dass jedoch der Regierung auch die Bedenken hinsichtlich der Durchführbarkeit zu Gehör kommen sollten.

Hinsichtlich der Einrechnung des Halbjahres des Einjährig-Freiwilligen-Arztes in das praktische Jahr möchte Redner noch bemerken, dass der Einjährig-Freiwillige-Arzt in diesem Falle möglichst wenig im Reviere und möglichst lange im Lazarethe beschäftigt sein sollte.

Generalstabsarzt Dr. v. Vogel erwidert, dass der Dienst im Revier nicht ganz uninstructiv sei, da alle möglichen Fragen hier an den Arzt heran treten; er für seine Person stehe jedoch auf dem Standpunkte, dass die Einjährig-Freiwilligen-Aerzte möglichst viel im Lazarethe beschäftigt werden sollen

Das Collegium begutachtet die Einführung eines einjährigen Prakticums an einer Krankenanstalt nach vollständig bestandener ärztlicher Prüfung vor Ertheilung der ärztlichen Approbation, knüpft jedoch hieran die Voraussetzung ihrer Durchführbarkeit, da in dieser Richtung noch nicht genügende Erhebungen gepflogen seien. Auch wird die Einrechnung des zweiten Halbjahres der militärischen Dienstzeit in das praktische Jahr begutachtet, jedoch hiebei dem Wunsche Ausdruck gegeben, dass die Einjährig-Freiwilligen-Aerzte möglichst kurz im Reviere und möglichst lange im Lazarethe beschäftigt werden.

3. Punkt: «Betheiligung der ärztlichen Standesvertretung an der Approbationsprüfung in Form einer Schlusscommission».

Referent: Bei der Delegirtenversammlung waren Viele der Anschauung, dass die frühere Schlussprüfung ein reiner Humbug war. Es war stets mehr eine kurze Unterhaltung, die zu gar Nichts führte, eine reine Formalität, bei der nie Jemand durchfiel und die mit einer wissenschaftlichen Prüfung Nichts zu thun hat.

Anders ist die Sache anzusehen, wenn die Commission die Aufgabe hat, über den Menschen als solchen, seine Charaktereigenschaften etc. etc. zu urtheilen. Eine solche Commission hätte wohl schon manchmal ganz wohlthätig gewirkt. Es kam schon vor, dass Leute, welche notorisch einer Pfuscherin als Gehilfen dienten, Aerzte wurden.

Nun besteht aber die Schwierigkeit, wie soll eine solche Commission herausbringen, was in einem jungen Menschen steckt. Es ist schon gesagt worden, man solle den jungen Mann interpelliren über die Pflichten eines Arztes gegenüber dem Publicum etc. etc. Es ist jedoch geradezu unmöglich, auf diesem Wege herauszubekommen, ob Jemand Charaktereigenschaften hat, die ihn zum Eintritte in den ärztlichen Beruf und Stand nicht geeigenschaftet erscheinen lassen. Ich sehe nur dann die Möglichkeit einer solchen Commission, wenn sie lediglich als eine berathende Behörde aufgestellt ist, an welche sich die Regierung in einzelnen zweifelhaften Fällen hält, um von diesen Herren Aufschlüsse zu bekommen.

Die Sache ist aber immer etwas gefährlich. Worauf sollen denn die Herren ihr Gutachten stützen, zumeist wohl nur auf Gerüchte. Das sind Schwierigkeiten, welche mich veranlassen, im Einverständnisse mit den Facultäten und in Uebereinstimmung mit der Gutachtensabgabe der preussischen Aerztekammern diesen Punkt der Vorlage abzulehnen, weil eine solche Einrichtung wohl nur zu einer reinen Formalität herabsinken würde.

Correferent: Ich halte von meinem Standpunkte aus dafür, dass die Idee, von der sogenannten Dreiercommission ein Examen mit den jungen Medicinern abhalten zu lassen, eine unglückliche ist. Ich halte die Commission nicht für fähig hiezu; ich hielte auch eine solche Einrichtung für bedenklich bis zu einem Grade und für überflüssig.

Andererseits halte ich aber die Betheiligung der ärztlichen Standesvertretungen weder für nicht nothwendig, noch für unmöglich. Nach Ablegung des praktischen Jahres werden die Papiere des jungen Mediciners an das Ministerium zur Ertheilung des Approbationsscheines eingeschickt werden. Was lässt sich nun dagegen sagen, dass man gerade hier eine Zwischeninstanz schafft, an welche die Gesuche zuerst eingebracht werden müssen und in diese Zwischeninstanz die Vertreter des ärztlichen Standes einbezieht. Man muss doch den Aerzten ein gewisses Recht zugestehen, mitzuurtheilen über die jungen Leute, die später ihrem Stande angehören sollen.

In der Regel werden nun allerdings die Papiere von dieser Zwischeninstanz anstandslos dem Ministerium unter Begutachtung der Ertheilung des Approbationsscheines vorgelegt werden können. Aber es können doch Fälle vorkommen, in denen eine solche Begutachtung nicht möglich sein wird, weil der Commission Sachen von dem Gesuchsteller bekannt sind, die die Ertheilung des Approbationsscheines unmöglich erscheinen lassen. Und hiemit wäre schon ein grosser Vortheil in der Richtung erzielt, dass dadurch Elemente vom ärztlichen Stande ferne gehalten werden können, welche demselben zur Unehre und der Allgemeinheit zum Schaden gereichen.

Das alte preussische Schlussexamen wollen wir gewiss nicht. Wir legen im Gegentheil den grössten Werth darauf, dass die Prüfung in den Händen der Professoren bleibt; aber wir wollen eine Einflussnahme auf die Frage des Eintrittes der jungen Mediciner in den ärztlichen Stand. Ich möchte desshalb die Schlussprüfung nicht eigentlich als ein Approbationsexamen hingestellt wissen; ich habe sie auch nur aufgenommen für den Fall, dass von Seite der Regierung etwa Werth auf dieselbe gelegt werden sollte.

Meiner Person ist es viel zusagender, wenn die Commission in der Weise als Zwischeninstanz fungirt, wie ich soeben ausgeführt habe.

Medicinalrath Dr. Aub erklärt sich die Genesis dieses Punktes der Vorlage folgendermaassen. Man habe wohl bei dem Gedanken der Einführung des praktischen Jahres das Bedürfniss auch nach einer Einrichtung gefühlt, welche gewissermaassen einen Abschluss der ganzen Studien vor Ertheilung der Approbation bilde.

Andererseits wollte man die ärztlichen Standesvertretungen heranziehen, und es sei mit grosser Freude zu begrüssen, dass auch in Berlin gerade hierauf grosser Werth gelegt werde.

Diese Zuziehung des ärztlichen Standes sei nothwendig, um zu verhüten, dass schädliche Elemente in den ärztlichen Stand eintreten. Dass das mitunter möglich sei, unterliege kaum einem Zweifel.

Man dürfe nun die von der Regierung dargebotene Hand nicht zurückweisen, wenn auch der Modus der Ausführung noch nicht vollkommen klar sei.

Mit der Auffassung des Herrn Correferenten von der Thätigkeit der Commission würden sich die Aerzte ganz sicher einverstanden erklären. Redner könne daher nur den dringenden Wunsch äussern, das Collegium möge sich der Ansicht des Herrn Correferenten anschliessen.

Referent bemerkt, er habe niemals bestritten, dass die Vorlage in diesem Punkte von dem ärztlichen Stande zu begrüssen ist, und er sei derselben gewiss nicht abgeneigt, wenn eine Form gefunden wird, die den Wünschen der Aerzte nach Betheiligung ihrer Standesvertretungen bei Ertheilung der Approbationsscheine Rechnung trägt und mit welcher zugleich eine wirkliche nützliche Einrichtung geschaffen wird. Er müsse jedoch noch immer gegen die Thätigkeit der vorgeschlagenen Commission als Prüfungscommission und gegen den Werth einer solchen Prüfung die grössten Bedenken äussern. Gegen den Vorschlag des Correferenten, der in der Schaffung einer lediglich administrativen, begutachtenden Behörde gipfle, habe er hingegen nichts einzuwenden, nur verspreche er sich auch von einer solchen Einrichtung keinen besonderen Erfolg.

Professor Dr. Penzoldt betrachtet den Standpunkt der bayerischen Aerztekammern als einen sehr berechtigten.

Der Missstand, dass unlautere Elemente in den ärztlichen Stand eintreten, bestehe, wenn auch diese Fälle glücklicherweise selten seien.

Nun entpuppen sich allerdings zumeist die unlauteren Charaktere erst später, aber von Einzelnen sei man sich schon vor Ablegung des Examens ihres unlauteren Charakters bewusst und da müsste eine Bestimmung geschaffen werden, wonach die Prüfungscommission in der Lage wäre, deren Zurückweisung zu beantragen. Es sei nicht wünschenswerth für den ärztlichen Stand, dass solche Elemente in den Stand hineinkommen.

Man müsste schon vor der Zulassung zur ärztlichen Prüfung die Möglichkeit haben, einzuschreiten; das würde sehr günstig wirken. Wenn dann während der Prüfung oder während des praktischen Jahres etwas aufkäme, was den Betreffenden als unlauter erscheinen liesse, dann würde eigentlich erst die hier in Frage kommende Commission in Betracht zu kommen haben.

Redner sei entschieden dagegen, dass diese Commission von der bisherigen Prüfungscommission getrennt sein solle, schon desswegen, weil das nützliche Wirken derselben nicht so hervortreten werde, wenn nur eine Einzige für das ganze Land vorgesehen sei. Die könne die einzelnen Verhältnisse gar nicht so genau beurtheilen.

Redner halte desshalb die Andeutung des Herrn Correferenten für zweckmässig, dass entsprechend den einzelnen Prüfungscommissionen solche Schlusscommissionen eingesetzt werden sollten, durch welche die Acten durchgehen und Anträge auf Zurückweisung eingebracht werden können. Diese Schlusscommission würde den grossen Vortheil haben, dass auch in wissenschaftlicher Beziehung noch eine Remedur eintreten könnte. In den Kreisen des Redners werde es oft als ein Fehler angesehen, dass das Resultat der Prüfung von einem Einzelnen abhängig sei. Eine solche Schlusscommission, die zum Schlusse ihr Gutachten abzugeben habe, die könnte schliesslich entscheiden, ob der Betreffende überhaupt Arzt werden solle.

In dieser Weise denke sich Redner die Commission und würde es desshalb begrüssen, wenn praktische Aerzte zu derselben herangezogen würden.

Professor Dr. Kunkel kann dem Vorredner nicht in allen Punkten beipflichten. Es scheine ihm nicht richtig, dass nicht schon jetzt Jemand, der mit einer Strafe belegt ist, zurückgewiesen werden könne; die Universitätsordnung biete wohl schon jetzt in dieser Richtung gewisse Hilfsmittel. Was die weitere Ausführung anlange, dass oft bei einem einzigen Examinator die Entscheidung liege, ob Jemand definitiv die Approbation erhalte, so werde das nach der neuen Prüfungsordnung wohl besser werden. Jetzt gebe es Leute, die 5, 6 und noch mehr Semester im Examen stünden. Für die Zukunft müsse man das Examen in 3 Semestern oder längstens in 2 Jahren machen.

Redner tritt der Auffassung des Referenten bei: Ministerialrath Hörmann bemerkt: Wenn die Ertheilung des Approbationsscheines noch von anderen Voraussetzungen als dem Nachweise der Befähigung abhängig gemacht werden wollte, so würde das eine Abänderung nicht lediglich der ärztlichen Prüfungsordnung, sondern der Reichsgewerbeordnung bedingen.

Medicinalrath Dr. Aub glaubt, dass der Obermedicinalausschuss auf die juristischen Fragen kein weiteres Gewicht legen, sich vielmehr nun darüber entscheiden solle, welche neue Bestimmungen

und Anordnungen er auf dem vorliegenden Gebiete für wünschenswerth erachte.

In dieser Weise fasse er die Vorlage auf. Wie sodann die Ausführung stattfinde, und ob, bezw. welche Abänderungen oder Ergänzungen der Reichsgesetze zur Ausführung nothwendig seien, dies habe die Reichsleitung zu erwägen und zu beschliessen.

Redner könne nur wiederholt wärmstens empfehlen, den Grundgedanken einer Betheiligung der ärztlichen Standesvertretungen an der Ertheilung der Approbation möglichst einstimmig zu begutachten. Die Sache werde noch soviele Instanzen durchlaufen, dass die vielen dagegen geäusserten Bedenken bei der Ausführung sicher behoben würden.

Obermedicinalrath Dr. v. Winckel führt aus, man müsse zwei Fragen strenge auseinander halten.

a) Soll nach dem praktischen Jahre nochmals eine Prüfung vor genannter Schlusscommission stattfinden.

Gegen eine solche Prüfung müsse man sich wohl ganz entschieden aussprechen und er begrüsse es, dass auch der Correferent sich eigentlich gegen eine solche Prüfung ausgesprochen habe.

b) Soll dem ärztlichen Stande ein Einfluss auf die Aushändigung der Approbation eingeräumt werden.

Diesem Antrage stehe er sehr sympathisch gegenüber, weil hiedurch eine Ausscheidung von Elementen ermöglicht werde, welche dem ärztlichen Stande zum Schaden gereichen. Die Commission, wie sie vorgeschlagen ist, scheine ihm jedoch für diesen Zweck zu complicirt zu sein und er glaube, dass man den beabsichtigten Zweck auf einem viel einfacheren Weg erreichen könne, wenn die Regierung, bevor sie die Approbationsscheine aushändigt, dem Aerzteausschusse die Frage vorlegt, ob diesem Individuum ohne Bedenken die Approbation ertheilt werden könne. Hiebei wäre noch weiter das Gute erreicht, dass über diese Frage nicht nur einzelne Personen, sondern ein Ausschuss entscheiden würde, der viel eher in der Lage wäre, sich zu orientiren und das Richtige zu treffen.

Referent bemerkt nochmals, dass er auch auf dem Standpunkte der Betheiligung des ärztlichen Standes an der Approbationsertheilung stehe; aber die Vorlage müsse man rundweg ablehnen, da der hierin vorgeschlagene Weg nicht gangbar sei. Man könne sich daher bei der Beschlussfassung darauf beschränken, zum Ausdruck zu bringen, man erachte eine Betheiligung des ärztlichen Standes bei der Approbationsertheilung für dringend wünschenswerth, ja für nothwendig, spreche sich aber gegen den in der Vorlage vorgeschlagenen Weg aus.

Professor Dr. Penzoldt ist der Anschauung, dass man die Thätigkeit der Commission nicht bloss auf Ertheilung der Approbation, sondern auch auf die Zulassung zum Approbationsexamen erstrecken sollte. Desshalb halte er es für das zweckmässigste, die Commission in directer Anlehnung an die Prüfungscommission zu bilden.

Geheimrath Dr. v. Voit glaubt, man könne sich wohl dahin einigen, der Anschauung des Correferenten, dass den Aerzten irgend eine Einflussnahme auf die Ertheilung der Approbation eingeräumt werde, beizutreten, aber unter der Voraussetzung, dass diese Commission nur eine administrative Instanz wäre, welche lediglich den Zweck hat, unsaubere Elemente vom ärztlichen Stande ferne zu halten.

Correferent möchte zum Schlusse bemerken, dass als Ergebniss der heutigen Berathungen wohl der übereinstimmende Wunsch constatirt werden könne, dass dem ärztlichen Stande eine Einflussnahme auf die Ertheilung der Approbation zugestanden werde.

Er glaube, dass es genüge, wenn dies deutlich zum Ausdruck gebracht werde. Im Uebrigen könne man sich über die Anschauung des Collegiums ein vollkommen klares Bild machen, wenn die Aeusserungen des Referenten, des Correferenten und der verschiedenen an der Debatte betheiligten Herren im Protokoll niedergelegt würden.

Er für seine Person habe auch nichts dagegen, wenn man sich dahin entschliesse, die Commission, wie sie in der Vorlage in Vorschlag gebracht wurde, wegfallen zu lassen.

Die Hauptsache sei immer die Betheiligung der Aerzte an der Approbation in irgend einer Form.

Schliesslich möchte er noch das eine bemerken, was er schon in seinem Referate zum Ausdrucke gebracht habe, dass alle diese Maassnahmen nur halbe seien, welche nie die Reinhaltung des ärztlichen Standes von unsauberen Elementen allein erreichen könnten, wenn nicht zugleich eine Standesordnung für die Aerzte geschaffen würde, da vielfach die unsauberen Elemente sich erst hinterher als solche entpuppen.

Referent beantragt: «die Vorlage betreffs der Schlusscommission, so wie sie sich nach dem Ergebnisse der commissarischen Berathungen darstellt, abzulehnen, sich aber für die Zuziehung von Vertretern des ärztlichen Standes bei der Approbationsertheilung auszusprechen».

Diesem letzteren Antrage stimmt das Collegium einstimmig zu.

4. Punkt: «Einführung besonderer Prüfungen für sogenannte Specialisten».

Referent spricht sich im Sinne seines Antrages auf Streichung der bezüglichen Bestimmungen der Vorlage aus.

Correferent muss in diesem Punkte dem Referenten widersprechen.

Nach Anschauung der Aerzte müsse den Missständen, welche durch das Specialistenthum in der Stadt und auf dem Lande entstanden seien und das Ansehen des Standes sowie das Publicum gefährden, irgendwie abgeholfen werden.

Auf der einen Seite könne man bei dem heutigen Stande der medicinischen Wissenschaft das Specialistenthum nicht mehr entbehren, man müsse aber verlangen, dass Jemand, der sich Specialist nennt, in irgend einer Weise darthut, dass er wirklich Specialist ist.

Von den verschiedenen Vorschlägen:

a) einer Carenzzeit,

b) des Nachweises eines zweijährigen Specialstudiums,

c) eines Specialexamens,

sei nur der letztere Vorschlag annehmbar.

Eine Beschränkung der Zeit, in welcher Jemand das Specialexamen machen könne, sei jedoch nicht thunlich.

Referent bemerkt, er habe das bei der Delegirtenversammlung geäusserte Bedenken, dass durch eine solche doppelte Prüfung der Specialist dem Publicum gewissermaassen als ein viel höher wissenschaftlich gebildeter Arzt erscheine, in letzter Zeit auch vielfach in anderen ärztlichen Kreisen äussern hören.

Correferent erwidert dagegen, dass ein solches Bedenken in weiten ärztlichen Kreisen wohl nicht bestehe. In seinem Bezirksverein sei dies Bedenken auch zur Sprache gekommen und da seien die Aerzte der Anschauung gewesen, dass man sich davor nicht zu fürchten brauche, sondern vielmehr vor den vielen Wilderern auf dem Gebiete des Specialistenthums, welche dem ärztlichen Stande schaden.

Im gleichen Sinne äussert sich Landgerichtsarzt Dr. Demuth, welcher zudem darauf hinweist, dass man von einer künftigen Aerzteordnung auch in dieser Richtung Abhilfe gegen einen unlauteren Wettbewerb in ärztlichen Kreisen erhoffe.

Medicinalrath Dr. Aub bemerkt, dass auch im Münchener Bezirksverein die Bedenken geäussert wurden, dass man durch die Specialprüfungen gewissermaassen Aerzte I. und II Classe schaffe; aber trotzdem habe die Majorität im Vereine dem Verlangen nach einem Nachweise zugestimmt, allerdings in der milderen Form, dass man freistellen wollte, in welcher Weise Jemand diesen Nachweis erbringt.

Redner erblickt ebenfalls in einer künftigen Standesordnung ein wirksames Mittel zur Bekämpfung des in einem Ueberwuchern des Specialistenthums liegenden unlauteren Wettbewerbes; allein dies könne nicht abhalten, auch auf dem vom Correferenten vorgeschlagenen Wege Abhilfe gegen bestehende Missstände zu schaffen.

Obermedicinalrath Dr. v. Winckel weist auf die neuerliche Belastung der Examinatoren durch die Einführung der Specialexamina hin; indessen müsse er zugeben, dass für die Herren, welche nicht lange Zeit Assistenten für ein bestimmtes Specialfach gewesen seien, der Nachweis eines Specialexamens als Voraussetzung für die Benennung als Specialarzt wohl zu verlangen sei. Dagegen müssten wohl solche Herren, welche Jahre lang als Assistenten in einem Specialfache beschäftigt werden, von einem solchen Examen befreit sein, wenn sie sich Specialärzte nennen wollen.

Correferent erwidert, dass für Fälle der letztgenannten Art wohl mit Dispensen geholfen werden könnte.

Referent bemerkt, dass, wenn in den Kreisen der praktischen Aerzte das Bedürfniss nach Abschaffung bestehender Missstände bestehe, dem wohl Rechnung getragen werden müsse, wesshalb er für seine Person sich gegen eine Beschlussfassung im Sinne der Zustimmung zur Vorlage nicht ablehnend verhalten werde.

Bezirksarzt Dr. Roeder gibt zu, dass der bestehende Zustand kein idealer sei, er möchte jedoch davor warnen, nicht zu weit zu gehen. Gegenwärtig bestehe in Deutschland die schrankenlose Curirfreiheit und nun will man so weit gehen, die Freiheit der praktischen Aerzte zu beschränken. Er glaube, dass der Schwerpunkt der Frage in der Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbes liege und dagegen sollte wohl hauptsächlich eine künftige Standesordnung Abhilfe schaffen.

Professor Dr. Bollinger möchte nur auf eine Schwierigkeit hinweisen, die darin bestehe, dass neben einer Reihe von anerkannten Specialitäten es auch viele nicht anerkannte Specialitäten gebe und es schwer sein werde, für diese die entsprechenden Prüfungscommissionen zusammenzustellen.

Medicinalrath Dr. Aub tritt den Ausführungen des Bezirksarztes Dr. Roeder dahin entgegen, dass wohl keine Rede davon sein könne, dass mit Einführung von Specialprüfungen die Freiheit des praktischen Arztes irgendwie beschränkt werde. Man wolle nur das Recht, sich gerade als Specialarzt zu bezeichnen, einschränken.

Redner stellt den Antrag, «die Vorlage, betreffend die Specialistenfrage, insoweit anzunehmen, als sie eine Prüfung verlangt, sich dagegen gegen die Forderung eines bestimmten Studiums auszusprechen und weiterhin der Voraussetzung Ausdruck zu geben, dass die Commissionen der einzelnen Landesregierungen nach Lage der Vorbedingungen den betreffenden Candidaten die Prüfung erlassen können».

Hofrath Dr. Brauser bemerkt, dass mit der Prüfung wohl ein Novum zur Vorlage geschaffen würde.

Correferent hält es für das einfachste, wenn das Collegium sich an die Beschlussfassung der Vorsitzenden der bayerischen Aerztekammern anlässlich einer am 18. October 1896 in Nürnberg stattgehabten Vorbesprechung halten würden und beantragt demgemäss, das Collegium wolle sich dahin aussprechen, «es seien besondere specialärztliche Prüfungen nach erlangter Approbation ein-

zuführen, welche die Voraussetzung bilden sollen für die Berechtigung, sich «Specialarzt» oder mit einem anderen gleichbedeutenden Titel zu benennen. Von Ablegung dieser Prüfung solle jedoch für gewisse Fälle in Berücksichtigung besonderer specialärztlicher Ausbildung Dispens ertheilt werden können».

Das Collegium tritt diesem Antrage bei.

5. Punkt: «Verlegung der Doctorprüfung nach Absolvirung der ärztlichen Prüfung».

Referent äussert sich im Sinne seines Antrages.

Correferent bemerkt, dass der Wunsch nach Verlegung der Doctorprüfung nach Absolvirung der ärztlichen Prüfung ein vollkommen berechtigter sei, da die Folgen der frühzeitigen Promotion gerade in Bezug auf das Pfuscherwesen sich unangenehm fühlbar gemacht haben. Das Collegium möge sich desshalb in diesem Sinne aussprechen.

Obermedicinalrath Dr v. Winckel glaubt, dass der Obermedicinalausschuss den Weg wählen müsste, die Regierung zu ersuchen, mit den Facultäten diesbezüglich in's Benehmen zu treten.

Medicinalrath Dr. Aub glaubt, man verlasse hiebei den richtigen Boden. Er wolle sich durchaus nicht in Rechte der Facultäten einmischen. Allein es stehe hier für den Obermedicinalausschuss nur in Frage, ob er dafür Stellung nehmen wolle, dass die Doctorpromotionen erst nach Absolvirung der ärztlichen Prüfung abgelegt werden dürfe Diese Frage sei in der Vorlage enthalten und darüber habe sich der Obermedicinalausschuss auszusprechen. Er wünsche sehr, dass das Collegium sich dafür ausspreche.

Professor Dr. Penzoldt verkennt nicht gewisse Gefahren, welche in einer frühzeitigen Promotion liegen; allein andererseits habe dieselbe auch gewisse Vortheile und nach seiner Erfahrung seien es in der Regel tüchtige und fleissige Elemente gewesen, welche die Promotion vor Ablegung des Examens gemacht haben.

Referent steht hinsichtlich der Frage selbst vollkommen auf dem Boden der Aerztekammern und auch die Facultäten haben gleichen einheitlichen Beschluss gefasst. Sein Referatsantrag sei lediglich von formalen Gründen in Berücksichtigung des Rechtes der Facultäten ausgegangen.

Obermedicinalrath Dr. v. Winckel: Mit Ausnahme einiger preussischer Facultäten haben sich sämmtliche medicinische Facultäten der deutschen Universitäten für die Verlegung der Doctorpromotion nach Absolvirung der ärztlichen Prüfung ausgesprochen; nun sage man, in die für die Prüfungscommission bestimmte Ordnung gehöre diese Sache, welche mit der Prüfung in keinem Zusammenhange stehe, nicht hinein. Man könne doch Jemanden nicht von der Prüfung ausschliessen, weil er vorher seinen Doctor gemacht habe; sondern man könne nur die Facultät bestimmen, Jemanden vor Absolvirung der ärztlichen Prüfung nicht zur Promotion zuzulassen.

Correferent bemerkt, auf die in der Vorlage gegebene Frage müsse eine Antwort ertheilt werden und er beantrage, dass das Collegium sich dafür ausspreche: «Die medicinische Doctorpromotion soll in der Regel erst nach erlangter ärztlicher Approbation erfolgen».

Dieser Antrag wurde vom Collegium angenommen

6. Punkt: «Verbot der Führung ausländischer Doctortitel und die Bekämpfung des Pfuscherwesens».

a) Dem Antrage auf Verbot der Führung ausländischer Doctortitel tritt das Collegium ohne weitere Debatte bei.

b) Referent beantragt, das Collegium möge dem allseits seit Jahren geäusserten Wunsche der ärztlichen Standesvertretung und der Facultäten Ausdruck geben, «dass gesetzliche Bestimmungen Seitens der Landesregierung oder vom Reiche erlassen werden, welche den Ausschluss nicht approbirter Elemente von der ärztlichen Praxis zum Zwecke haben, resp. die Berechtigung zur berufsmässigen Ausübung der ärztlichen Praxis von dem Nachweise der Befähigung abhängig mache».

Correferent erklärt sich mit diesem Zusatze vollkommen einverstanden, da sich derselbe mit dem Wunsche aller Aerztekammern decke.

Hofrath Dr. Brauser glaubt, dass es nicht genüge, lediglich den Wunsch nach einer Novelle zur Gewerbeordnung zum Ausdrucke zu bringen; man müsse vielmehr darnach trachten, endlich einmal ganz aus der Gewerbeordnung herauszukommen. Damit im Zusammenhange müsse das Verbot der Curpfuscherei erstrebt werden.

Allerdings sei von jeher gepfuscht worden und es werde auch immer gepfuscht werden; allein durch die Gewerbeordnung habe die Pfuscherei förmlich eine gesetzliche Grundlage erhalten, und werde wie jedes andere Gewerbe erachtet, sodass es sogar zur Steuer herangezogen werde Der Zeitpunkt für eine solche Anregung aus der Mitte des Obermedicinalausschusses sei um so geeigneter, als zur Zeit eine ähnliche Vorlage die preussische Regierung beschäftige.

Redner stellt desshalb den Antrag «es möge die kgl Staatsregierung ersucht werden, dahin zu wirken, dass von Reichswegen alle Bestimmungen über die Ausübung der Heilkunde aus der Gewerbeordnung entfernt und in einer deutschen Aerzteordnung vereinigt werden und dass endlich die Ausübung der Heilkunde wieder wie früher, von dem Nachweise der Befähigung abhängig gemacht werde. Selbstverständlich müsste alsdann das mit der Reichsgewerbeordnung aufgehobene Curpfuschereiverbot wieder eingeführt werden.»

Dieser Antrag decke sich mit dem Antrage der oberpfälzischen Aerztekammer.

Medicinalrath Dr. Aub ist mit dem Inhalte des Brauser'schen Antrages vollkommen einverstanden, hält jedoch die formale Behandlung der Sache für eine unrichtige.

Der Antrag, der einen selbständigen Gegenstand für sich ausserhalb der Vorlage über die Revision der ärztlichen Prüfungen behandelt, stehe nicht auf der Tagesordnung und es sei fraglich, ob derselbe heute überhaupt berathen werden könne.

Abgesehen hievon möchte aber eine solche Berathung heute kaum rathsam sein. Der Ausschuss des Aerztevereinsbundes habe die gleiche Frage auf die Tagesordnung des kommenden Aerztetages gesetzt und es dürfte bei der ausserordentlichen Wichtigkeit des Gegenstandes doch angezeigt sein, dass derselbe zuvor bei den Bezirksvereinen und den Aerztekammern berathen werde, ehe der Obermedicinalausschuss Stellung hiezu nehme.

Redner würde es allerdings für sehr wünschenswerth halten, wenn die Staatsregierung Veranlassung nehmen würde, die Bezirksvereine und Aerztekammern zur Aeusserung hierüber aufzufordern.

Es wäre ja denkbar, dass die Angelegenheit in Berlin einen rascheren Verlauf nehmen würde; aber dann könnte die bayer. Staatsregierung immer noch den Obermedicinalausschuss einvernehmen Jedenfalls erscheine es nicht angezeigt, diese Sache jetzt durch einen angehängten Beschluss zu erledigen.

Correferent bemerkt, dass die Frage auch der mittelfränkischen Aerztekammer vorgelegen sei Die Delegirten seien aber nicht vollständig einig darüber gewesen, dass die Berathung auch im Sinne ihrer Bezirksvereine gelegen sei und haben desshalb den Beschluss gefasst, die Bezirksvereine in thunlichster Beschleunigung einzuvernehmen Diese Verhandlungen seien im Augenblicke im Gange.

Hofrath Dr. Brauser kann seinen Antrag nicht als ein Novum anerkennen und bleibt auf seinem Antrage bestehen. Für die bayerische Regierung könne es nur angenehm sein, bereits ein Votum der ärztlichen Standesvertretung vor sich zu haben, wenn die Vorlage an den Bundesrath und an den Reichstag kommt. Gerade, weil er fürchte, dass die Sache an den Reichstag komme, bevor die Standesvertretung sich hierüber schlüssig gemacht habe, wünsche er, dass die Sache bereits jetzt vom Obermedicinalausschusse behandelt werde.

Ministerialrath Hörmann bemerkt: Die Ausübung der Heilkunde sei in der Reichsgewerbeordnung nur nach einzelnen bestimmten Richtungen berührt, im Uebrigen dem Landesrechte überlassen; wenn desshalb ein Wunsch nach Beschränkung der Curpfuscherei zum Ausdrucke gebracht werden wollte, so möchte es sich empfehlen, gesetzliche Bestimmungen im Allgemeinen und nicht geradezu eine Novelle zur Gewerbeordnung dafür anzuregen.

Professor Dr. Penzoldt hält es für gut, wenn der Obermedicinalausschuss in der Weise, wie Referent vorgeschlagen hat, ganz im Allgemeinen seine Anschauung kundgibt, aber in eine nähere Berathung nicht eintritt.

Medicinalrath Dr. Aub wendet sich nochmals gegen den Brauser'schen Antrag unter Wiederholung des bereits Ausgeführten und möchte den Antragsteller veranlassen, seinen Antrag zurückzuziehen.

Hofrath Dr. Brauser zieht seinen Antrag zurück, aber nur zu Gunsten des Referatsantrages, den er für alle Fälle anzunehmen bittet.

Der Obermedicinalausschuss stimmt dem Referatsantrage zu.

7. Punkt: «Zulassung der Absolventen des Realgymnasiums zum Medicinstudium».

Referent und Correferent verlesen ihre Anträge.

Ministerialrath Dr. Bumm erklärt, der Herr Cultusminister Dr. v. Landmann halte für seine Person auch dermalen noch an der Anschauung fest, dass das Realgymnasium zu Folge seiner Organisation an sich eine geeignetere Vorbildung für das Studium der Medicin biete, als das humanistische Gymnasium und zwar hauptsächlich desshalb, weil das Realgymnasium den Anschauungsunterricht mehr in den Vordergrund rücke und gerade diejenigen Fächer, welche für den künftigen Arzt von Bedeutung seien: «neuere Sprachen, Zeichnen, Mathematik, Naturwissenschaften», intensiver behandle. Der Herr Cultusminister setze hiebei allerdings voraus, dass die Realgymnasien im Allgemeinen so, wie dies in Bayern der Fall sei, organisirt seien und wenigstens eine der classischen Sprachen, das Lateinische, in ausreichendem Maasse pflegten.

Im Uebrigen habe der Herr Cultusminister keinen Anlass, die Frage wegen Zulassung der Absolventen des Realgymnasiums zum Studium der Medicin im gegenwärtigen Augenblicke besonders zu urgiren, nachdem die Hauptinteressenten, die medicinischen Facultäten und die ärztlichen Standesvertretungen sich ablehnend verhielten.

Das Collegium spricht sich gegen die Zulassung der Absolventen des Realgymnasiums zum Studium der Medicin aus.

Nunmehr wird zur Berathung derjenigen Punkte übergegangen, welche Referent zu Eingang seines Referats besonders behandelt hat

a) Wegfall aller Bestimmungen der Vorlage, welche auf eine Beschränkung der Lernfreiheit abzielen.

Bei der an den Antrag sich anschliessenden Debatte wurde von verschiedenen Herren der Standpunkt vertreten, dass man von dem Verlangen der Praktikantenscheine für die Besuche der Kliniken

nicht absehen könne, da es eben unbedingt nöthig sei, dass diese Kliniken von jedem Mediciner als Praktikant durchgemacht würden und die erfolgreiche Durchführung dieses Grundsatzes von dem Nachweise durch Vorlage der Praktikantenscheine abhänge. Da es nun sehr schwierig sei, hier eine genaue Ausscheidung zu treffen, sei es richtiger, die Vorlage in dieser Richtung nicht zu bekämpfen, da eine allzu grosse Beeinträchtigung der Lernfreiheit nicht vorliege und ein gewisser Zwang in diesen Punkten sehr am Platze sei.

Referent zieht seinen Antrag über diesen Punkt zurück, wesshalb das Collegium eine bestimmte Stellung zu dieser Frage beschlussmässig nicht einnimmt.

b) Dreitheilung des Examens.

Referent verliest sein Gutachten, welchem sich Correferent vollständig anschliesst, nachdem die Dreitheilung des Examens am meisten den ärztlichen Wünschen entspricht.

Geheimrath Dr. v. Voit spricht sich für die Zweitheilung aus.

Das Collegium stimmt dem Referatsgutachten auf Dreitheilung des Examens zu. —

c) Streichung verschiedener Bestimmungen über den Gang der Studien und gewisse obligatorische Fächer.

Das Collegium stimmt dem bezüglichen Antrage des Referenten auf Streichung zu —

Hiermit ist die Tagesordnung erledigt.

Medicinalrath Dr. Aub bemerkt ausserhalb der Tagesordnung: Bei den jüngsten Berathungen der Aerztekammern seien Beschüsse dahin gefasst worden, dass die von der Staatsregierung verlangte Berathung über Schaffung einer Standesordnung erst dann von Erfolg begleitet sein könne, wenn die Vorfrage entschieden sei, ob von Seite der Regierung eine solche Standesordnung als bindend für alle Aerzte erklärt werde.

Die Vorstände der Aerztekammern seien beauftragt worden, für Vorbereitung einer Vorlage zu sorgen.

Seine Bitte an die Staatsregierung gehe nun dahin, über obige Frage Aufklärung zu verschaffen, weil erst jüngst festgestellt worden sei, dass die Vorsitzenden der Aerztekammern nicht in der Lage seien, mit Nutzen ihrem Auftrage nachzukommen und den Entwurf in Angriff zu nehmen, solange über die Stellung der Regierung zu der Frage, ob gesetzlich die Einbeziehung aller Aerzte möglich sei, noch nicht bekannt sei. Eine baldige Aufklärung der Staatsregierung in irgend einer Form sei um desswillen erwünscht, damit noch im Laufe des nächsten Jahres der Entwurf der Standesordnung von den Vorsitzenden fertiggestellt und der Berathung der Aerztekammern unterstellt werden könne. —

Der Vorsitzende dankt den Herren für das zahlreiche Erscheinen und das lebhafte Interesse, das dem Berathungsgegenstande allseitig entgegengebracht wurde und schliesst die Sitzung mit einer herzlichen Verabschiedung.

Bezirksarzt Dr. Holler spricht dem Vorsitzenden Namens der Delegirten der Aerztekammern seinen Dank aus.

Schluss der Sitzung 2¼ Uhr Nachmittags.

Der Vorsitzende:
Dr. Grashey, kgl. Obermedicinalrath.
Von der Heyde.

Referat, erstattet von Geheimrath v. Ziemssen:

Im Vollzuge höchsten Auftrages vom 3. December 1896 rubr. Betreffs wird in Nachstehendem gutachtliche Aeusserung betreffs der Zusammenstellung der Ergebnisse pp. erstattet.

Im Hinblick auf die zahlreichen Einzelbestimmungen über die Vornahme der Prüfung, deren Begutachtung dem Urtheil der sachverständigen Facultäten und Prüfungsbehörden vorzubehalten sein dürfte, wird es sich empfehlen, das Referat über die Ergebnisse der commissarischen Berathungen pp. auf diejenigen Punkte zu beschränken, welche von besonderer Wichtigkeit für die zukünftige Ausbildung der jungen Aerzte sein werden. Diese Punkte sind:

1. Verlängerung des medicinischen Studiums auf 10 Semester (mit oder ohne Einrechnung des Militärdiensthalbjahres).
2. Einführung eines ärztlichen Prakticums nach der ärztlichen Approbationsprüfung.
3. Betheiligung der ärztlichen Standesvertretung an der Approbationsprüfung in Form einer Schlusscommission.
4. Einführung besonderer Prüfungen für sogen. Specialisten.
5. Verlegung der Doctorprüfung nach Absolvirung der ärztlichen Prüfung.
6. Verbot der Führung ausländischer Doctortikel und die Bekämpfung des Pfuscherwesens.
7. Frage der Zulassung der Absolventen des Realgymnasiums zum Medicinstudium.

Bevor ich jedoch auf die Besprechung dieser 7 Hauptpunkte eingehe, welche die bayerischen Aerztekammern ihren Berathungen zu Grunde gelegt haben, möchte ich einige allgemeine Punkte aus der Vorlage zur Besprechung bringen, über welche eine gutachtliche Aeusserung Seitens der Plenarversammlung wünschenswerth ist.

Der Punkt, welcher vor der Besprechung der 7 Punkte zu erledigen wäre, betrifft die Zahl und zeitliche Reihenfolge der von den Aerzten zu fordernden Prüfungen. Die Cardinalfrage, ob Zweitheilung oder Dreitheilung, ist noch nicht entschieden, weder im Kreise der Aerztekammern, noch der Facultäten; die Meinungen gehen eben sehr auseinander. Da es aber die entschiedene Meinung der Aerztekammern Preussens und wie ich vermuthe, auch Bayerns ist — dieselben haben sich über diesen Punkt nicht ausgesprochen — und auch der Majorität der medicinischen Facultäten (12 gegen 5) ist, dass die anatomische und physiologische Prüfung in der Approbationsprüfung nicht wiederkomme, so muss man, meine ich, die Dreitheilung wählen, um der Anatomie und Physiologie zu ihrem Rechte zu verhelfen.

Die Verquickung der anatomisch-physiologischen Prüfung mit der naturwissenschaftlichen ist sachlich keineswegs geboten; vielmehr dürfte das Studium und das in den Prüfungen darzulegende Wissen der Studirenden an Concentration nur gewinnen, wenn die Prüfungen getrennt sind. Die Dreitheilung, wie sie sich in der Schweiz, sowie in Sachsen bis zum Jahre 1870 wohl bewährt hat, wird die Möglichkeit gewähren, die Prüfung in den Naturwissenschaften am Ende des 3, die Prüfung aus Anatomie und Physiologie im 5.—6. Semester und die Prüfung in den praktischen Fächern im 10.—11. Semester vorzunehmen. Die Vertreter der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie, der Pharmakologie und der klinischen Fächer werden es sich, wie bisher, so ferner, angelegen sein lassen, die anatomischen und physiologischen Lehren bei ihren Schülern lebendig zu erhalten: die alleinige Ausnahme dürfte die topographische Anatomie machen, deren Bedeutung für die praktisch klinischen Fächer nicht genug betont werden kann; dieselbe wäre aber nach meiner Ueberzeugung und der Ansicht der Majorität der Münchener medicinischen Facultät nicht dem Anatomen, sondern dem Chirurgen zu übertragen. Dementsprechend wäre in die chirurgisch-klinische Prüfung ein Abschnitt «Topographische Anatomie» einzufügen.

Zu III, Aerztliche Prüfung, Ziffer 2, a lin. 2 hält Referent es für erwünscht, die Ansicht der Delegirten zu hören; der Absatz lautet:

«Ausserdem ist erforderlich, dass der Candidat nach vollständig bestandener ärztlicher Vorprüfung je ein Semester die Kinderklinik oder -Poliklinik, medicinische Poliklinik und die psychiatrische Klinik als Praktikant, sowie ferner nach seiner Wahl eine der Special-Kliniken oder Polikliniken (Ohren-, Hals- und Nasen-, Hautkrankheiten und Syphilis) als Auscultant oder Praktikant fleissig besucht hat.» Die Münchener medicinische Facultät hat einstimmig die Streichung dieser ganzen a linea begutachtet und zwar in Consequenz der Streichung der Ziffer 5 und 6 der allgemeinen Gesichtspunkte, welche ebenso wie die hier angeführten Punkte gegen das Princip der Lernfreiheit verstossen. Ebenso hat sie den in Absatz h, § 13 der Bekanntmachung vorgeschlagenen Zusatz abgelehnt, welcher lautet: «Bei der Prüfung in der Hygiene ist namentlich zu ermitteln, ob der Candidat sich mit den wichtigeren hygienischen und insbesondere auch bacteriologischen Untersuchungsmethoden praktisch vertraut gemacht hat» Die Facultät hielt diese Anforderung für zu weitgehend und auch praktisch undurchführbar und befindet sich in der Ablehnung dieses ganzen Zusatzes in Uebereinstimmung mit der Majorität der Eisenacher Facultäts-Delegation.

Referent beantragt, kgl. Obermedicinal-Ausschuss wolle auch diesen Zusatz ablehnen.

Ad 1. Ueber die Nothwendigkeit einer Verlängerung des Studiums auf 10 Semester wird unter den Sachverständigen wohl Einstimmigkeit bestehen. Die Erwägung, dass durch die Verlängerung des Studiums und durch das Hinzutreten des praktischen Jahres das medicinische Studium viel kostspieliger werden und viele junge Leute von dem Studium abschrecken wird, hat, soweit ich sehe, in keinem der bisher erstatteten Gutachten und commissarischen Erörterungen ein Bedenken gegen eine solche Verlängerung des Studiums erweckt.

Anders verhält es sich mit der Frage, ob das Militärdiensthalbjahr mit der Waffe in diese 10 Semester eingerechnet werden soll. Die medicinischen Facultäten Deutschlands sind in der Majorität ihrer Delegirten [13 : 4 (1 Stimme Enthaltung)] der Meinung, dass das Diensthalbjahr nicht eingerechnet werden soll, da die Erfahrung lehre, dass der Waffendienst das Studium effectiv unmöglich mache. Indessen, eine Ausschliessung des Diensthalbjahres würde die Studienzeit auf 11 Semester und mit Einrechnung des praktischen Jahres auf 13 Semester erhöhen und diese Berechnung macht es wenig wahrscheinlich, dass höheren Ortes auf diese Ausschliessung des Diensthalbjahres eingegangen werden wird.

Die bayerischen Aerztekammern haben sich einstimmig für die Verlängerung des Studiums auf 10 Semester und mit überwiegender Majorität (7 gegen 1) für die Einrechnung des Militärdienstsemesters ausgesprochen.

Referent beantragt, dass sich der Obermedicinal-Ausschuss in Uebereinstimmung mit den Aerztekammern für Verlängerung des Studiums auf 10 Semester mit Einrechnung des Militärdiensthalbjahres ausspreche.

Ad 2. Für die Einführung des praktischen Jahres nach der ärztlichen Approbationsprüfung haben sich alle Aerztekammern ausgesprochen, ebenso auch die Mehrzahl der medicinischen Facultäten. Das Bedürfniss einer besseren praktischen Ausbildung der jungen Aerzte im Krankenhausdienste wird allgemein anerkannt und Referent beantragt unter besonderer Betonung der Thatsache, dass mit dieser Institution die Zweckmässigkeit des früheren, bayerischen praktischen Jahres anerkannt wird, einfache Zustimmung zum Entwurf. Referent bemerkt noch, dass die vorgeschlagene Bezeichnung

«Praktikant» von Seite der Facultäten und der bayerischen und preussischen Aerztekammern im Hinblick darauf, dass dies die gangbare Bezeichnung der Candidaten der Medicin, welche in den Kliniken prakticiren, sei und desshalb zu Missverständnissen führen würde, abgelehnt und dafür die Bezeichnung «Hilfsarzt» vorgeschlagen wurde.

Ad 3. Die Betheiligung des ärztlichen Standes an einer Schlusscommission mit den im Entwurf vorgesehenen Competenzen ist von den bayerischen Aerztekammern im Allgemeinen begrüsst worden; doch beweisen die Schwierigkeiten, welche bei den Berathungen der Delegirten zu den Aerztekammern betreffs der Art der Betheiligung des Aerztestandes an einer solchen Schlusscommission hervorgetreten sind, dass die Institution in der Weise, wie sie vorgeschlagen ist, undurchführbar sei. Mittelfranken schlägt ein Schlussexamen am Ende des praktischen Jahres mit einem Vertreter des ärztlichen Standes vor; Pfalz und Oberpfalz wollen das Colloquium gestrichen haben; Schwaben und Neuburg wünscht andere Vorschläge an Stelle der Schlusscommission.

Ich bemerke, dass die medicinischen Facultäten Deutschlands einstimmig die Schlusscommission abgelehnt haben; ebenso haben alle preussischen Aerztekammern diese Vorlage gestrichen.

Referent empfiehlt ebenfalls einfache Ablehnung aller Bestimmungen in Cap. IV, Ziffer 7—12.

Ad 4. Die Bestimmungen über die Specialistenfrage haben ebenfalls viele Bedenken in ärztlichen Kreisen erweckt. Von den bayerischen Aerztekammern haben sich Oberfranken und Schwaben für einfache Streichung der einschlägigen Bestimmungen über die Vorbedingungen zur Approbation von Specialisten ausgesprochen; Pfalz will die Specialistenfrage der Standesordnung überlassen. Niederbayern und Unterfranken stimmen für ein zweijähriges Specialstudium, lehnen aber die Prüfung ab. Oberpfalz will eine specialärztliche Prüfung, aber ohne Forderung eines zweijährigen Specialstudiums und nur Mittelfranken und Oberbayern stimmen dem Entwurfe einfach zu.

Die preussischen Aerztekammern haben grossentheils die Specialisten-Bestimmungen einfach gestrichen, ebenso auch der Aerztekammer-Ausschuss.

In der Delegirten-Versammlung der deutschen Facultäten waren nahezu ebensoviele Stimmen für Streichung als für Beibehaltung der Vorlage.

Unter diesen Umständen schlägt Referent in Rücksicht auf den Widerspruch, den die Bestimmungen der Vorlage über das Specialistenwesen im ärztlichen Stande gefunden haben, vor, die einschlägige Vorlage abzulehnen.

Ad 5. Für die Verlegung der Doctorpromotion nach Absolvirung der Approbationsprüfung haben sich alle bayerischen Aerztekammern ausgesprochen; auch die preussischen Aerztekammern haben der Vorlage in diesem Punkte zugestimmt. Daraus geht hervor, dass es der einmüthige Wunsch des ärztlichen Standes ist, die jungen Aerzte nicht vor Erlangung der Approbation zur Doctorpromotion zuzulassen. Bei den Delegirten der medicinischen Facultäten waren die Ansichten verschieden; darin waren aber alle einig, dass die Promotionsfrage als eine reine Facultätsangelegenheit nicht in die Bestimmungen über die Approbationsprüfung gehöre und desshalb hier gestrichen werden müsse.

Uebrigens wurde bei dieser Gelegenheit der Wunsch nach einer einheitlichen Regelung der Promotion ausgesprochen und diesbezügliche Anregungen bei den Ministerien in Aussicht gestellt.

Referent hält es im Hinblick auf das zweifellose Recht der Facultäten für correct, zu beantragen, die Promotionsfrage aus dem Rahmen der Prüfungsvorschriften für Aerzte wegzulassen, möchte aber den Wunsch aussprechen, es wolle eine einheitliche Regelung der Promotionsfrage im Sinne des von den Aerztekammern ausgesprochenen Wunsches Seitens der Landes-Centralbehörden in Aussicht genommen werden.

Ad 6. Das Verbot des Gebrauches ausländischer Doctortitel im deutschen Reiche kann nur begrüsst werden und beantragt desshalb Referent, es wolle der Führung ausländischer Doctortitel durch landesgesetzliche Bestimmungen nachdrücklich entgegengetreten werden.

An dieser Stelle möge dem allseitig seit Jahren geäusserten Wunsche der ärztlichen Standesvertretung und der Facultäten Ausdruck gegeben werden, dass gesetzliche Bestimmungen Seitens der Landesregierung resp. des Reiches erlassen werden, welche den Ausschluss nicht approbirter Elemente von der ärztlichen Praxis zum Zwecke haben, resp. die Berechtigung zu berufsmässiger Ausübung der ärztlichen Praxis von dem Nachweise der Befähigung abhängig mache. Der jetzige Augenblick dürfte nach der einstimmigen Ansicht aller betheiligten Kreise besonders geeignet sein, dieser für die Hebung des Ansehens des ärztlichen Standes ebenso wie für die Wohlfahrt des Publicums gleich wichtigen Frage zu einer gerechten Würdigung Seitens des Bundesrathes zu verhelfen.

Ad 7. Die Frage der Zulassung der Absolventen der Realgymnasien ist von den bayerischen Aerztekammern ohne Ausnahme verneint worden und zwar von 6 Aerztekammern einstimmig, und von Oberpfalz und Oberfranken mittelst Majoritätsbeschluss (4 gegen 1, resp. alle gegen 2).

Angesichts dieses einhelligen Votums der Aerztekammern sowie auf Grund der einstimmig ablehnenden Haltung der Münchener medicinischen Facultät und nach eigener Ueberzeugung beantragt Referent, kgl. Obermedicinal-Ausschuss wolle sich ebenfalls gegen die Zulassung der Absolventen des Realgymnasiums zu dem Studium der Medicin erklären.

Correferat, erstattet von Medicinalrath Dr. Merkel in Nürnberg.

Wenn ich mich anschicke, als Vertreter der praktischen Aerzte dem hochverehrten Herrn Vorredner zu folgen, um von deren Standpunkt aus der Besprechung der Vorlage über die Neuregelung der ärztlichen Prüfungen näher zu treten, so geschieht dies zunächst mit einem gewissen Gefühle der Befriedigung darüber, dass das Urtheil unserer Standesgenossen gewünscht und eingeholt wird

Wer hätte vor 50 Jahren, als zum ersten Male sich das Bedürfniss des Zusammenschlusses der Standesgenossen zu regen begann, daran gedacht, dass in den Fragen der Vorbildung der angehenden Aerzte der Stand der Aerzte mit zu sprechen und mit zu rathen haben könnte? Man begnügte sich damit, den angehenden Arzt fühlen zu lassen, dass er eben der Schule entlaufen sei und froh sein müsse, in die Zunft eintreten zu dürfen, deren würdiges Mitglied er erst im Verlauf der Jahre werden konnte. Niemand kümmerte sich um seine Vorbildung und jeder hoffte, dass der Neophyte möglichst lange brauchte, um den gelehrten Herren ebenbürtiger Concurrent zu werden.

Es mochte dies wohl auch damit zusammenhängen, dass die Hochschullehrer mit verschwindenden Ausnahmen nur ihrem Lehramt lebten und der ärztlichen Praxis sehr ferne standen, sowie dass man sich in der langen Zeit politischer Ruhe gewöhnt hatte, solch hohe Dinge nur von der Staatsregierung entgegen zu nehmen und nicht daran zu denken, dass der Stand ein Interesse an diesen Fragen gewinnen könnte.

Die Freigebung der ärztlichen Praxis rückte die Frage schon in den Vordergrund und so konnte es nicht fehlen, dass der Thatendrang der neugeschaffenen Standesvertretung sich in den 70er Jahren auch auf dieses Thema stürzte und dem Studium umsomehr und eingehender Aufmerksamkeit schenkte, als die stets mehr und mehr anwachsende Zahl der jungen Aerzte die prüfenden Blicke der älteren Collegen auf sich lenkte.

In der Mitte der 70er Jahre erscheint auf der Tagesordnung einzelner Aerztekammern die Frage nach Regelung des Studiums, das man durch die Vertauschung der älteren bayerischen Prüfungsordnung mit der neuen preussischen benachtheiligt erachtete. Die mittelfränkische Aerztekammer hat sogar schon in ihrer II. Sitzung 1873 den Antrag auf Verlängerung des Studiums gestellt und bis zum Jahre 1882 kehrt dieser Antrag in sämmtlichen bayerischen Aerztekammern immer wieder, um mit der letzten Prüfungsordnung vom Jahre 1883 wenigstens eine geringe Abschlagszahlung auf diese Forderung zu erhalten. So recht actuell aber wurde für uns die Angelegenheit aber doch erst durch die Verhandlungen der deutschen Aerztetage 1889, 1890 und 1891. Besonders war es der Aerztetag vom Jahre 1890 in München, dessen Verhandlungen die Mitwirkung zweier bayerischer Hochschullehrer, Ziemssen und Penzoldt, in den Vordergrund schoben, deren Einer schon einige Zeit vorher an maassgebender Stelle gerade für diejenigen Punkte energisch eingetreten war, die dem jetzigen Entwurf ein besonderes Gepräge verleihen.

So dürfen wir zweifellos den uns vorliegenden Entwurf als die unmittelbare Folge jener Bestrebungen der deutschen Aerzteschaft betrachten und uns besonders darüber freuen, dass die bayerische Staatsregierung die Standesvertretung in allen ihren Instanzen zu den Berathungen herangezogen hat. Wenn unser hochverehrter Herr Vorsitzender geglaubt hat, seinen Correferenten aus der Zahl der Aerzte wählen zu sollen denen, mitten im ärztlichen Leben stehend, eine gewisse Erfahrung zu Gebote stehe, so hat er wohl insoferne recht, als mir durch ein Menschenalter hindurch eine stattliche Reihe junger ärztlicher Gehilfen unmittelbar von der Hochschule weg zur Seite gestanden, als ein reicher Nachwuchs in der grossen Stadt unter meinen Augen erstanden, empor gewachsen und — verschwunden ist. Ich danke ihm für dies Zutrauen und werde mich bemühen, die Anschauung meiner Collegen, ohne meinen persönlichen Standpunkt zu verlassen, so gut als möglich hier wiederzugeben.

Ich werde mich hiebei auf diejenigen Punkte beschränken, welche die der Aerztekammersitzung vorausgegangene Conferenz der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der Aerztekammern als besonders vom ärztlichen Standpunkte aus wichtige bezeichnete und zur eingehenderen Berathung besonders geeignet empfohlen hatte, wobei allenfallsige Specialwünsche in der Discussion möchten weiter behandelt werden und bemerke dabei, dass sechs Aerztekammern diesen vorgeschlagenen Weg betraten und so eine gewisse Uebereinstimmung bekundeten, die der heutigen Verhandlung sicher zum Nutzen gereichen wird.

Der erste Punkt betrifft die im Entwurf empfohlene Verlängerung des medicinischen Studiums auf 10 Semester.

Wenn ich einen Hauptpunkt bezeichnen sollte, in welchem sich die jungen Mediciner nach dem letzten Examensmodus von den nach der alten bayerischen Vorschrift gebildeten unterscheiden, so muss ich, und die Herren werden mir wohl zustimmen, darauf aufmerksam machen, dass man den jüngeren Collegen unweigerlich anmerkt, dass sie einen enormen Lehrstoff in sich aufgenommen

haben, der bei den fleissigen und begabteren — die besten werden ja meist von den Universitätskliniken geschluckt — neben einander aufgespeichert, bei den Minderwerthigen oft wie durcheinander in Haufen liegt, die manchmal sich kreuzen, manchmal nur als Bruchstücke sich zeigen. In Folge davon werden die Lücken scheinbar noch grösser als sie in der That sind und das geistige Band erscheint da schon gelockert, wo es bei den früheren Herren noch leidlich gut erhalten und wieder anknüpfbar vorhanden schien. Es hat dies seinen Grund darin, dass das Lehrmaterial in Folge des raschen Ausbaues der einzelnen Disciplinen enorm angewachsen ist, die Lehrzeit aber nicht entsprechend verlängert, sondern im Gegentheile verkürzt wurde. Einer unserer tüchtigsten Aerzte älterer Ordnung, der verstorbene College Dörfler senior hat einmal in einer Sitzung der mittelfränkischen Aerztekammer eine Reihe von Lehrplänen, wie sie von verschiedenen Facultäten den Medicinstudirenden in die Hand gegeben worden waren, und die alle am Schlusse noch die Mahnung an die Schüler enthielten, dass sie sich mit diesen Fachstudien nicht zufrieden geben, sondern noch Collegien hören sollten, die der allgemeinen Bildung und den schönen Künsten und Wissenschaften dienen, mitgetheilt und am Schlusse die Frage angefügt, ob man nicht bei der Lectüre dieser Vorschläge versucht sei anzunehmen, sie seien nicht auf einer Hochschule, sondern in einer Irrenanstalt verfasst.

Der grosse Respect, den der Verstorbene vor den Hochschullehrern hatte, bewahrt ihn sicher vor dem Vorwurf der Frivolität und die hochverehrten Herren werden mir glauben, dass mir das Bild nur desshalb so fest in der Erinnerung geblieben ist, weil Dörfler die Forderung anerkannte und nur zeigen wollte, wie nothwendig die Verlängerung der Studienzeit der Mediciner sei. Es haben sich auch alle Aerztekammern mit dieser Verlängerung einverstanden erklärt und nur in einem Punkte weichen die Voten von einander ab; nämlich in der Frage, ob der halbjährige Dienst mit der Waffe, so wie es der Entwurf beabsichtigt, eingerechnet werden soll oder nicht.

Wenn man ernstlich eine Verlängerung des Studiums anstrebt und durchsetzen will, muss man ja zweifellos das Dienstsemester ausschliessen, denn es fördert keinen Studenten in seiner Wissenschaft und im Studium, und die Erwägung, dass die «Staatskrüppel» einen ungebührlichen Vortheil erlangen, darf uns nicht leiten, denn die Ausnahme existirt für die Norm, d. h. die Regel nicht. Auch die Kosten können nicht in's Gewicht fallen, denn wer ihnen nicht in irgend einer Weise gerecht zu werden hoffen kann, soll meines Erachtens von diesem Studium abstehen. Doch haben sich vier Kammern an diesem vorgeschlagenen Ausschluss des Militärsemesters gestossen und stimmten dem Entwurf zu. Vielleicht dürfte der Vorschlag der mittelfränkischen Kammer Beachtung verdienen, dass das Militärsemester eingerechnet werden könne, wenn es in die ersten fünf Studiensemester fällt, nicht, wenn es in den fünf klinischen Semestern abgedient wird. Die Continuität des Studiums leidet, wenn im ersten Semester unter der Waffe gedient wird, gar nicht und der fleissige Student kann sein Tentamen doch zur rechten Zeit absolviren, während in den klinischen Semestern die Lücke zu empfindlich wird. Ich selbst kann mich nicht dazu entschliessen, principiell der Anrechnung des Dienstsemesters das Wort zu reden.

Der zweite Punkt betrifft das «praktische Jahr», und dieser Punkt erfreut sich gleichmässiger Zustimmung bei allen Kammern. Die älteren Herren denken dabei an ihre eigene Vergangenheit; die jüngeren fühlen wohl, was ihnen fehlt oder gefehlt hat und hoffen, dass dieser Uebergang die eingefüllte Schulweisheit in die richtige Ordnung und in das richtige Geleise bringen möge und dass auch die Erfahrung im untergeordneten Dienst so manche Auswüchse beseitigen möge, welche bei der Freiheit im Handeln, die plötzlich dem «Approbirten» zu Theil wird, üppig in's Kraut schiessen und dem Stande zu Schaden gereichen. Nur hinkt der Vergleich mit unserem alten bayerischen Biennium oder Annuum practicum sehr erheblich, denn der Dienst als Gehilfsarzt im Krankenhause, der jetzt die Regel werden soll, war damals die Ausnahme, die nur durch Ministerialerlaubniss sanctionirt werden konnte (mir hat die unvorsichtige Unkenntniss dieser Bestimmung die Thüre des Examens fast vor der Nase geschlossen!). Die Mehrzahl der Herren war nicht so glücklich, Assistentenstellen zu erhalten, sondern musste auf Universitäten ausharren, was bei den Strebsamen allerdings zur praktischen Ausbildung in den Kliniken führte, die Faulen und Nichtwisser aber auch nicht immer in der Erkenntniss förderte! Unsere Staatsregierung freilich erkannte richtig die Wichtigkeit der Verwendung des Bienniums im Krankenhausdienst, was deutlich aus der Ministerial-Entschliessung hervorgeht, die die Beibehaltung der Assistentenstellen nur auf zwei Jahre beschränkt, was zweifellos nur der Erwägung entsprang, dass die Wohlthat möglichst vielen Medicinern zu gute kommen sollte. Die neue Einrichtung, die von allen Aerzten, wenigstens in Bayern mit Freuden begrüsst wird, macht diesen Krankenhausdienst zur unerlässlichen Bedingung, fügt aber den militärärztlichen Dienst bei «guter Führung» mit Recht dem ein (setzen wir als Wunsch hinzu, wenn dieser Dienst nicht nur im Revier und in der Schreibstube, sondern im Lazareth geleistet wird).

Festgestellt muss indessen, wie einige Kammern mit Recht hervorgehoben haben, noch werden, dass die Militärbehörde diesen Dienst zulässt, auch wenn die treffenden Herren ihren Approbationsschein noch nicht in der Hand haben, denn der Entwurf händigt diesen erst dann aus, wenn das praktische Jahr überstanden ist! — Persönlich muss ich hier noch auf eine Lücke aufmerksam machen, welche man meines Erachtens nicht hätte lassen sollen.

Es ist vielfach darauf aufmerksam gemacht worden, dass es sehr fraglich sei, ob man die genügende Anzahl solcher Anstalten finden könne, an welchen das praktische Jahr mit Aussicht auf Erfolg absolvirt werden kann. Ich habe im Beginne der Verhandlungen im Schoosse des deutschen Aerztevereinsbundes darauf aufmerksam gemacht, dass man erst Erhebungen pflegen müsse, ob man auch so viele Stellen finden könne, als nothwendig würden, um keine Stockungen aufkommen zu lassen. Ob diese Erhebungen in anderen Bundesstaaten gepflogen wurden? In Bayern ist dies nicht geschehen, denn meines Erachtens gehört dazu auch die Zustimmung der betheiligten Factoren, der Besitzer der Krankenanstalten. Was ich gelesen, das bezieht sich in seinen Zusammenstellungen nur auf die Statistik der Krankenhäuser und der Morbidität in Heilanstalten. Es eignen sich aber lange nicht alle Heilanstalten, die da gezählt werden, zu solchem Zweck und nicht jeder Arzt an diesen wiederum eignet sich zum Chef für die jungen Leute, nicht jeder hat Zeit und Lust oder auch die Fähigkeit dazu und diese Verhältnisse sind noch dazu stetem Wechsel unterworfen. Hoffentlich führt das nicht dazu, dass man auch in Bayern, wie seit einiger Zeit anderwärts geschieht, nur Privatdocenten oder junge Professoren auf die Krankenarztstellen beruft! Es wird genügen, auf diese Lücke aufmerksam zu machen, die ausgefüllt werden muss, bevor Beschluss gefasst werden kann!

Bei diesen noch nothwendig werdenden Erhebungen sei der kgl. Staatsregierung noch ein Wunsch der bayerischen Aerztekammern an's Herz gelegt, der mehr minder in allen Protokollen bald weniger, bald stärker betont wiederkehrt, nämlich die Frage, ob zur praktischen Vorbildung nicht auch der Dienst in Privatkrankenanstalten und bei hervorragend tüchtigen und vielbeschäftigten praktischen Aerzten herangezogen werden soll und kann. Der letztere Punkt besonders war auch in unseren früheren bayerischen Bestimmungen in's Auge gefasst und nicht ohne Erfolg durchgeführt. Persönlich möchte ich diese Frage eingehender Erwägung besonders empfehlen, wie nicht minder die Empfehlung unsererer rheinpfälzischen Collegen, die eingedenk der Internationalität der Wissenschaft auch den Dienst in ausserdeutschen Kliniken berücksichtigt zu sehen wünschen. Ob dies freilich in Bezug auf die reichsgesetzliche Regelung der ganzen Prüfungsfrage möglich ist, muss ich vorläufig noch dahin gestellt sein lassen.

Der dritte Punkt, «die Betheiligung der ärztlichen Standesvertretung bei Ertheilung der Approbation» hat bei allen Aerztekammern Zustimmung gefunden. Bildet sie doch eine der Hauptforderungen der Aerzte seit einer langen Reihe von Jahren, die dadurch einen Einfluss auf die etwaige Fernhaltung ungeeigneter Elemente aus ihrem Stande erhoffen. Der Entwurf sucht diesem Wunsche dadurch gerecht zu werden, dass er den Praktikanten nach Abschluss seines praktischen Jahres vor eine Dreier-Commission verweist, in welcher zwei von der Standesvertretung vorgeschlagene Aerzte mit einem klinischen Lehrer zusammensitzen, auf deren Vorschlag die Approbation ertheilt, zeitweilig oder ganz versagt werden kann. Dass diese Commission nicht eine blosse Verwaltungsinstanz sein soll, geht daraus hervor, dass sie befugt sein soll, mit dem Candidaten eventuell ein Colloquium abzuhalten.

Es wurde in den Aerztekammerverhandlungen darauf aufmerksam gemacht, dass die Durchführung dieser Commission mit ihrer tiefeinschneidenden Vollmacht eine nicht einwandfreie Einrichtung sei, welche nur zu leicht zur Formsache entarte oder zu einer sehr schiefen Stellung Anlass geben könne, wenn auf Zeugnisse und Colloquium hin die bereits absolvierte Approbationsprüfung anullirt würde. Meine persönliche Meinung geht dahin, dass die Commission entweder als eine einfache Verwaltungsinstanz zu fungiren haben soll, welche der Landescentralstelle, die die Approbation zu ertheilen hat, Vorschläge macht, oder dass an den Schluss des praktischen Jahres ein kurzes mündliches Schlussexamen aus den klinischen Fächern an der Facultät, an welcher die Approbationsprüfung gemacht wurde, angefügt wird, zu welchem ein von der ärztlichen Standesvertretung vorgeschlagener Arzt zugezogen werden muss und bei welchem die Berichte des Prakticanten über seine Thätigkeit während des praktischen Jahres und die Zeugnisse seines Chefs vorzulegen sind! Es will mir nicht gefallen, dass das Urtheil der Hochschullehrer vom bestandenen Approbationsexamen förmlich der Revision durch die Dreier-Commission unterzogen werden soll. Viel lieber sehe ich sie noch als einfache Verwaltungsinstanz, welche nur die Papiere des Praktikanten zu prüfen hat, auf dass auch das Gesammtverhalten des jungen Mannes, sein Leumund und seine gesundheitlichen Verhältnisse mit in Betracht gezogen werden können, deren Bedeutung bei dem in so viele Abschnitte zertheilten Approbationsexamen zweifellos nicht genügend zur Geltung kommt! Betont muss werden, dass, die Sache mag eingerichtet werden, wie sie wolle, die bayerischen Aerzte gerade auf diese Mitwirkung bei der Prüfung nicht gesonnen sind zu verzichten, und dass die Beiziehung einzelner praktischen Aerzte zu den einzelnen Prüfungsabschnitten, wie sie wohl an kleineren Universitäten, wo es an Docenten fehlt, bereits zu geschehen pflegt, den Einfluss der Standes-

vertretung, welchen sie auf die Ertheilung der Approbation zu erhalten wünscht, aus den verschiedensten Gründen nicht darstellt.

Was die heikle Frage des überwuchernden Specialistenthums betrifft, so herrschte darüber im Allgemeinen bei den Kammern Einstimmigkeit, doch glaubten die Collegen in Oberfranken, Schwaben und Rheinpfalz das Mittel, eine Approbation für die Specialisten einzuführen als bedenklich für die Stellung der Aerzte im Allgemeinen bezeichnen zu müssen und glaubten in Consequenz dieser Anschauung von dem Vorschlag einer besonderen Approbationsprüfung abrathen zu müssen. Besonders in Oberbayern sprach sich eine schwer wiegende Stimme (Professor Moritz) sehr energisch dagegen aus, so dass die Kammer nur mit 11 gegen 7 Stimmen den Anregungen des Entwurfes sich anschloss. Jedenfalls aber stimmten sämmtliche Kammern überein in der Anerkennung des bestehenden Missstandes, den sie theils durch Specialprüfungen, theils durch den blossen Nachweis einer gründlichen Vorbildung beseitigen oder mindern zu können hofften. Ich halte die Prüfung immer noch für das Beste; vor Allem für besser als die Forderung des einfachen Nachweises der gemachten Studien oder als die Carenzzeit, welche ebenfalls ernstlich vorgeschlagen wurde. Wer wollte leugnen, dass ein grosser Theil unserer tüchtigsten Specialisten im Laufe ihrer eigenen Praxis und in Folge eingehender Studien zu Hause sich herangebildet hat? Sollte das unmöglich gemacht werden??

Was die Doctor-Promotion betrifft, so schlossen sich sieben Kammern dem Wunsche an, dass dieselbe in der Regel erst nach vollendetem Approbations-Examen erfolgen möge und dass ein gut beendetes Approbations-Examen die erneute Prüfung überflüssig machen möge, wenn eine entsprechende Dissertation vorgelegt worden sei. Nur die Aerztekammer der Rheinpfalz ging über diesen Punkt mit Stillschweigen hinweg. Wir dürfen dies wohl als Zustimmung zum Entwurf ansehen. In den meisten Kammern wurde theils im Referat, theils in der Discussion der Wunsch laut, die Kosten wie der ganzen Prüfung, so auch die der Promotion nicht zu erhöhen, sondern wenn möglich zu mindern. Aus allen Verhandlungen aber leuchtet die Absicht heraus, dass das Recht der Facultäten, sei es nun ein unzweifelhaft festgelegtes oder ein durch lange Uebung geheiligtes, zu respectiren sei, dass man aber von den Facultäten sich billiger Rücksicht wohl versehen möchte.

Dem letzten Punkt, betreffend die Bekämpfung des Unfuges, welcher mit der Führung ausländischer Doctor- und ähnlicher Titel getrieben werde, auf landesgesetzlichem Wege, stimmten alle Aerztekammern gleichmässig zu. Es liegt weit mehr noch im allgemeinen Interesse als in dem unseres Standes, und steht und fällt mit der gesetzlichen Bekämpfung des überwuchernden Pfuscherei-Unwesens, von deren Nothwendigkeit die bayerischen Aerzte wohl ausnahmslos durchdrungen sind. Mit dieser Aufzählung wären die Punkte erschöpft, welche in dem Entwurf die Kritik der praktischen Aerzte im Allgemeinen herausfordern. Die Details des Studiums und der Examens-Ordnung, welche in den Kammersitzungen behandelt wurden, werden wohl auch heute am besten von den einzelnen Herren in einer etwaigen Special-Discussion geltend gemacht werden; nur einige wenige allgemein anerkannte Gesichtspunkte seien von mir noch berührt. In erster Linie muss betont werden, dass die Specialprüfung in Anatomie und Physiologie allgemein in die Vorprüfung verwiesen wurde mit dem Wunsche, dass sie, wie im Entwurf bereits enthalten, im Approbations-Examen nur cursorisch in den klinischen Fächern wiederkehren möge. Es ist allgemein anerkannt, dass das Studium dieser grundlegenden Fächer, in der Intensität wie bisher vor dem Approbations-Examen betrieben, die Candidaten für das Studium der anderen Fächer nur zu leicht brachlegt. Ich für meinen Theil würde die Theilung des Tentamens als eine besonders empfehlenswerthe Neuerung betrachten, die wohl allen berechtigten Forderungen am besten entspricht; auch der Referent der mittelfränkischen Kammer hat sich auf diesen Standpunkt gestellt und die Kammer hat seinen Motiven zugestimmt.

Ebenso allgemein anerkannt wurde die Nothwendigkeit, den Zeitraum, innerhalb dessen das Approbations-Examen begonnen und vollendet werden muss, möglichst kurz zu greifen.

Bei dem grossen Gewicht, welches die Aerzte von je auf die Ausbildung in der Psychiatrie gelegt haben, erscheint es als eine einfache Consequenz, dass die Prüfung nicht nur eine theoretische sein, sondern sich auf eine Krankenuntersuchung stützen soll.

In den Verhandlungen verschiedener Kammern kehrt der Wunsch wieder, dass die Lernfreiheit der Studirenden möglichst wenig eingeschränkt werde, da es ja doch im Wesentlichen ziemlich gleichgiltig sei, in welcher Weise der Candidat sich diejenigen Kenntnisse erworben habe, welche er zum Zweck der Erlangung der Approbation durch die Examina nachzuweisen habe. Denselben Erwägungen entspringt wohl auch der mehrmals ausgesprochene Wunsch vom Nachweise eines fleissigen Besuches, eines «geordneten Studiums», einer «tadellosen Aufführung» u. s. w. gänzlich abzusehen. Als Referent bemerke ich, dass ich persönlich von diesen Forderungen, auch wenn sie etwas nach Schulzwang schmecken, nicht zurückschrecke. Die guten, fleissigen Schüler bedürfen sie allerdings nicht; es muss aber mit den Minderwerthigen und den Unfleissigen auch gerechnet werden!

Der Wunsch der Pfälzer Collegen, dass, wenn das praktische Jahr durchgeführt ist, das Staatsexamen bereits 1/2 Jahr nach erhaltener Approbation begonnen werden kann, gehört streng genommen als zur Landesgesetzgebung resortirend nicht hieher, doch scheint er nicht unberechtigt und möge desshalb schliesslich von mir noch erwähnt werden.

Alle Prüfungsordnungen aber und alle Cautelen werden unserem Stande nicht helfen, wenn sich nicht für die jungen Aerzte eine für Alle giltige Standesordnung, welche das auf der Hochschule und im Assistentendienst Errungene auch später festzuhalten und die Schäden, welche der Kampf um das Dasein mit sich bringt, möglichst auszugleichen sucht. In diesem letzten, von allen Kammern gleich getheilten Satze klingen die Verhandlungen über den Prüfungsentwurf aus!

Die Verhandlungen über die Frage der Zulassung der Absolventen des Realgymnasiums zum medicinischen Studium und zu den ärztlichen Prüfungen förderte, wie vorauszusehen war, neue Gesichtspunkte nicht zu Tage.

Die bayerischen Aerzte haben bereits im Jahre 1879 bei den Abstimmungen, welche der deutsche Aerztevereinsbund veranlasste, sich eingehendst über diese Frage ausgesprochen und sie verneint. Es wurden auch diesmal die Vorzüge der Realgymnasialbildung in Bezug auf neuere Sprachen, Mathematik, Naturwissenschaft und Zeichnen bereitwilligst anerkannt, aber andererseits behauptet, dass die geringen, 1891 eingeführten Verbesserungen der Stundenpläne des humanistischen Gymnasiums schon erhebliche Früchte getragen hätten und dass die allgemeine Bildung, welche die humanistischen Gymnasien erreichten, von den Realgymnasien bislang nicht erreicht worden seien.

Nimmt man dazu noch die bekannten Aeusserungen Bauernfeind's, dass die Absolventen der Realgymnasien zwar im Anfang bei dem Studium der technischen Wissenschaften sich entschieden leichter thäten und den Humanisten über seien, dass sich aber in 1—2 Jahren das Blatt wende, dass alsdann, wenn die Letzteren sich erst eingearbeitet hätten, wenn es auf's strenge Denken und Geistesarbeiten ankäme, diese erheblich im Vortheil seien, so kann die Freundschaft der Realgymnasien nicht Stand halten, wenn die Aerzte selbst sich dagegen wehren und bei der erprobten alten Vorbildung stehen zu bleiben wünschen. Und diese Anhänglichkeit muss wahrlich gross und nicht ohne Begründung sein, wenn man bedenkt, dass die Anläufe der humanistischen Gymnasien, sich aus den streng philologischen Banden zu befreien und den realistischeren Forderungen der Zeit anzubequemen, vollkommen im Sand zu verlaufen drohen, wenn man sieht, dass das Extemporale aus dem Deutschen in's Griechische mit gleichwerthiger Note wieder seinen Einzug in die höheren Gymnasialclassen hält. Man muss zugeben, dass solchen Thatsachen und Rückschlägen gegenüber die Treue und Festigkeit, mit der die Aerzte an der humanistischen Bildung festhalten, staunenswerth ist und gewiss nicht ohne tiefere innere Begründung sein kann.

Und unberechtigt ist die Sorge auch nicht, dass, sobald den Realgymnasien die Thüre zum Studium der Medicin geöffnet wird, die Zahl der Medicin-Studirenden sich sofort erheblich steigern würde. Dass dieser Gedanke den Aerzten nicht sympathisch ist, kann man ihnen nicht verübeln. Sie wollen ihren Stand nicht zum Versuch hergeben, wie fast aus allen Referaten in den einzelnen Kammern hervorgeht.

Sehr gut wird der Stand der Angelegenheit nach dieser Richtung hin durch folgende Aeusserungen eines der Referenten gekennzeichnet, der schreibt «Wenn auch nicht geleugnet werden kann, dass aus den Reihen der Realgymnasiums-Absolventen manch' tüchtiger Arzt hervorgehen könnte, so ist doch die Zulassung derselben abzulehnen. So lange die allgemeine Vorbildung auf dem humanistischen Gymnasium für besser gilt als auf dem Realgymnasium, so lange die Absolventen des Realgymnasiums nicht auch zum Studium von Jus, Theologie und Philosophie zugelassen werden, so lange müssen wir auf dieser — sei es auch nur angeblich — besten Vorbildung, der humanistischen, beharren, zumal wir Mediciner auf der Universität nicht viel Zeit haben, unsere allgemeine Bildung zu verbessern. Unser Stand darf nicht in eine zweite Reihe des Gelehrtenstandes zurückgedrängt werden.»

Auch alle Aerztekammern haben genau so wie die Bezirksvereine vor 17 Jahren sich gegen die Zulassung der Realgymnasial-Absolventen zum Medicin-Studium ausgesprochen.

Nur ein Verein in Oberfranken — Lichtenfels — und ein allerdings hochgeachtetes Mitglied der oberfränkischen Aerztekammer, haben sich auf einen anderen — zustimmenden — Standpunkt gestellt. Im Bezirksverein Regensburg hat der Vertreter des Regensburger Vereins, der auftragsgemäss ebenfalls zustimmend votiren musste, dabei erklärt, dass er für seine Person sich unbedingt ablehnend verhalten müsse.

Wer die Verhandlungen im Jahre 1879 miterlebt hat, der hat sich freilich das Resultat voraussagen müssen, das heutzutage noch schwerer als damals in die Wagschale fällt, weil in den 17 Jahren, in denen der Zug der Zeit immer realer geworden ist, sich auch die Zahl der Aerzte erheblich vermehrt und nur durch jüngere Aerzte ergänzt hat.

Therapeutische Notizen.

Serumeinspritzungen bei Uraemie. Richardière (Union médic. Dez. 1896) sah bei Uraemie gute Erfolge von Einspritzungen mit dem nach Hayem's Vorschrift hergestellten künstlichen Serum. Er berichtet speciell über zwei Fälle, bei denen nach vergeblicher Anwendung der üblichen Mittel je zweimal erst 250 bis 300 g Blut abgelassen, und dann 800 g des Serums langsam in das Zellgewebe eingespritzt wurden. Der Erfolg der ungefährlichen aber etwas schmerzhaften Procedur ist ein leichtes Ansteigen der Temperatur, Verlangsamung des Pulses und Regulirung der Athmungsfrequenz. Die Menge des ausgeschiedenen Urins steigt und leichte Diarrhoen treten ein. In beiden Fällen vollständige Erholung. F. L.

Die Kaltwasseranwendung in der Kinderheilkunde. Comby, der bekannte Paediater des Spitals Trousseau, wirft Eingangs dieser Abhandlung (La Médecine Moderne No. 1, 1897) einen historischen Rückblick auf die Entwicklung dieses jetzt als wichtig allgemein anerkannten Hilfsmittels der Therapie. Ohne der alten Aerzte zu gedenken, welche vielleicht besser wie wir die physikalischen Kräfte bei der Krankenbehandlung auszunützen verstanden, erinnert er daran, dass im Jahre 1798 Currie, ein französischer Arzt, seine 2 scharlachkranken Kinder mit kalten Uebergiessungen behandelte und heilte und dann seine Methode an mehr wie 150 Patienten ausübte. Mit Priessnitz erscheint der feuchte Umschlag, Bartels (1861) wandte die halbstündlich zu erneuernden feuchten Wickel, Ziemssen (1862) die alle 10 Minuten 5 bis 6 Stunden lang zu wechselnden kalten Compressen an, welche Steffen zuweilen mit der Eisblase vertauscht, während Jürgensen die kalten Waschungen und das kalte Bad vorzieht. Mit Brand kommt letzteres zur Geltung und hat nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern in einer Menge Krankheiten Bedeutung erlangt. Für Comby hat das kalte Wasser vor Allem erfrischende, dann ableitende und dadurch ein gewisses Wohlgefühl erzeugende und herzstärkende, ferner diuretische, tonische und sedative Wirkung. Bei Hyperthermie (Abends über 39°) mit oder ohne Delirien, Aufregungs- und Schwächezuständen wird das kalte Wasser zur Anwendung kommen, möge es sich um ein acutes Exanthem, typhöses Fieber, Diphtherie oder irgend eine Form der Septicaemie handeln; mit Erfolg wandte C. das kalte Bad an bei Scharlach, Rötheln, Blattern, Ipfluenza, Diphtherie, infectiöser Diarrhoe, Erysipel. Alle Formen von Pneumonie können selbst bei den kleinsten Kindern mit kaltem Wasser behandelt werden; bei diffuser Erkrankung der Lunge muss jedoch das kalte Bad den feuchten Wickelungen weichen, es wird ferner schlecht vertragen bei tuberculöser Meningitis, Miliartuberculose und Herzkrankheiten. Die Eisblase auf den Kopf, Leib, Thorax u. s. w. leistet gute Dienste bei Pneumonie, Lungencongestion, Peri- und Myocarditis, Peritonitis, Meningitis etc. etc. Der feuchte Wickel wirkt besonders gut bei Krampfanfällen mit oder ohne Fieber, bei Chorea, bei Hysterie, bei Reizungszuständen des Gehirns, im Allgemeinen bei allen Neurosen des Kindesalters; dreimal täglich eine Stunde lang angewandt, brachte er bei mehreren Kranken schnelles Verschwinden der choreatischen Bewegungen, Beruhigung, Schlaf und beschleunigte Heilung. Bei allen acuten Affectionen der Bronchien und Lungen sind die kalten Compressen nur von Vortheil (Anregung der Respiration, der Expectoration) ohne jedoch, wie das kalte Bad, die Temperatur herabzusetzen. Ein Vorwurf ist gegen die kalten Compressen zu erheben, dass sie bei zarten, schwächlichen Kindern leicht die Haut maceriren, Furunkeln und selbst Hautgangraen verursachen, Folgen, welche beim kalten Bade mit Anwendung sehr reinen Wassers nicht eintreten. Bezüglich der Anwendungsweise des letzteren müssen bei Kindern dieselben Regeln wie bei Erwachsenen befolgt werden, das erste Bad warm (28—30°), dann allmählich sinkend bis auf 20°, von 5—10 Minuten Dauer, alle 3 Stunden wiederholt. Den feuchten Wickel kann man 1—2 Stunden belassen und 1—3mal p. o Tag erneuern. Die kalten Compressen, bestehend aus 8—10 Schichten Gaze und darüber impermeablen Stoff, viel weniger wirksam als die beiden vorgenannten, müssen häufiger erneuert werden, von Stunde zu Stunde oder noch öfters; bei Schwäche und Collapszuständen kann man noch etwas Alkohol dem für die Compressen dienenden Wasser zufügen. St.

Behandlung der Nachtschweisse mit Sulfonal. Combemale und Descheemaaker haben bei Anwendung des Sulfonals gegen die Nachtschweisse der Phthisiker gute Resultate erzielt. Bei Tuberculose im ersten oder zweiten Stadium unterdrückte das Mittel bei dem Einen schon nach 2—3maliger Gabe die Transpiration, bei Anderen erzielte es Beschränkung auf einen Körpertheil, besonders den Kopf, bei Anderen schliesslich hörte zwar die übermässige Schweissecretion auf, aber es blieb eine gewisse Feuchtigkeit der Haut bestehen. In den meisten Fällen scheint das Sulfonal noch einige Tage, nachdem man mit der Einnahme aufgehört hat, nachzuwirken; Nebenerscheinungen (Kopfschmerzen, Ohrensausen) traten bloss in einem Falle nach vierzehntägigem Gebrauch des Mittels auf und gingen beim Aussetzen desselben zurück. Bei Tuberculose mit ganz übermässiger Schweisssecretion und im letzten Stadium hat das Sulfonal letztere nicht, wohl aber den Schlaf günstig beeinflusst. Es wird in der Dosis von 1—2 g jeden Abend gegen 7—9 Uhr gegeben; länger als 14 Tage hindurch sollte es nicht genommen werden, da sonst Gewöhnung eintritt. (Bullet. Médic. No. 2, 1897.) St.

Das Chinin als wehenbeförderndes Mittel empfiehlt neuerdings wieder Schwab (La Médecine Moderne No. 3). In Dosis von 0,5—1 g macht es schon nach 20—30 Minuten die Contractionen der Gebärmutter häufiger, stärker und länger andauernd, ist also ein Ersatzmittel des Secale cornut., dessen Hauptnachtheil, tetanische Contractionen hervorzurufen, es nicht besitzt, und also in all' den Fällen indicirt, wo man bisher Secale gab. Im Gegensatz zu letzterem ist aber Chinin unschädlich sowohl für Mutter wie Kind, kann aber zuweilen eine leichte Neigung zu Gebärmutterblutungen verursachen, der man jedoch durch heisse Injectionen und Frictionen begegnen kann. Wenn das Chinin, gegen Malaria gegeben, Abortus verursacht haben soll, so ist dieser eher dem Fieber zuzuschreiben, denn es ist kein Abortivum, sondern ist nur im Stande, die bereits begonnene Wehenthätigkeit anzuregen und zu kräftigen. St.

Die Resection der Samenleiter bei Prostatahypertrophie ist von Carlier-Lille 6 mal vorgenommen worden (Ann. des mal. des org. gén.-ur. 11, 1896). In keinem Falle ist nach der Operation eine Besserung der Harnentleerung eingetreten. Bei 3 Kranken wurde der Urin heller, doch glaubt C. diese Erscheinung nicht auf die Operation beziehen zu müssen.

Bei 4 von Loumeau operirten Fällen war ebenfalls keine Spur von Besserung zu verzeichnen. Bemerkenswerth war nur, dass 2 der Kranken, die früher mehrfach Orchitiden in Folge Katheterisirens durchgemacht hatten, nach der Operation von denselben verschont blieben. Kr.

Zur Behandlung des Ulcus cruris varicosum empfiehlt Schabukamp-Crombach neuerdings das Quecksilberoxyd (Therap. Monatshefte 12, 1896). Sein Verfahren ist folgendes: 2 Tage lang Umschläge mit Solut. liq. aluminii acetici; 3 Tage lang Aufstreuen des rothen Quecksilberoxyds in feinst verriebener Form; darnach täglich Morgens und Abends Auflegen der rothen Quecksilbersalbe, darüber dicke Wattelage und Compressivverband. Kr.

Zur Aetiologie der Wanderniere bringt N. Rosenthal-Berlin einen interessanten Beitrag. Er hat bei der Untersuchung von 51 Mädchen 26 Mal den unteren Theil der Niere — bis zu $^2/_3$ des Organs — fühlen können, bei 32 Knaben nur 3 Mal. Bei 2 Mädchen war eine vollständige Wanderniere vorhanden. Verf. möchte daraus schliessen, dass das häufige Vorkommen der Wanderniere bei den Frauen auf einer erworbenen weiblichen Geschlechtseigenthümlichkeit beruht. (Ther. Mon.-Hefte 12, 1896.) Kr.

Ueber die antiseptischen Eigenschaften des Chinosols hat Bonnema-Apeldoorn Untersuchungen angestellt. Aus denselben geht in der Hauptsache hervor, dass die bacterientödtende Wirkung des Chinosols der des Sublimats weit nachsteht. Ausserdem ergaben Versuche an Fröschen, dass das Chinosol für dieselben ein central lähmendes Gift darstellt. (Ther. Monatsh. 12, 1896.) Kr.

Das von Merck dargestellte Peronin ist die salzsaure Verbindung des Benzyläthers des Morphins. Schröder-Hohenhonnef hat dasselbe in Dosen von 0,02—0,04 bei 12 Phthisikern versucht und bei 8 sofortige Milderung des Hustenreizes gesehen, bei 2 Kranken mit noch grösseren Dosen; 2 Kranke blieben unbeeinflusst. Auf die Menge des Auswurfs und die mühelose Expectoration hatte das Mittel keinen bezw. ungünstigen Einfluss Bei allen Kranken trat besserer, ruhigerer Schlaf ein. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nur ganz vereinzelt beobachtet.

Schr. möchte das Mittel zur symptomatischen Therapie der Phthise empfehlen. Die Einzeldose beträgt zweckmässig 0,02—0,04.

Peronin. . . . 0,5
Aq. dest. . . . 100,0
M. D. S. Abends 1 Theelöffel in Zuckerwasser.

Peronin. . . . 0,1
Aq. dest. . . . 145,0
Spir. rectif. . . 5,0
M. D. S. dreimal täglich 1 Esslöffel.

Peronin. . . . 0,3
Rad. et succ. Liquir. q. s.
ut f. pilul. No. 30.
S. Abends 2—3 Pillen.

(Ther. Monatshefte 1, 1897.) Kr.

Die Lehre von der Retroflexio uteri hat bekanntlich in letzter Zeit vielfache Angriffe erfahren. Die Leser wissen, dass besonders Theilhaber angelegentlich auf die Unhaltbarkeit mancher Anschauungen hingewiesen und neue Gesichtspunkte für die Behandlung aufgestellt hat (s. d. W. 1896, 22 und 23). Die Theilhaber'schen Ansichten finden durch Jenkins-Glasgow eine völlige Bestätigung (Glasgow med. Journ. 1896, Februar). J. weist darauf hin, dass 1. die angeblichen Symptome der Retroflexio sich häufig finden bei chronischer Metritis ohne jede Lageveränderung, 2. dass sie oft andauern, trotzdem die Lageveränderung beseitigt ist, 3. dass sie andererseits trotz Fortbestehens der Retroflexio häufig verschwinden. Die hauptsächliche Ursache der classischen Retroflexiosymptome liegt in der Verstopfung. Die Behandlung muss sich daher gegen letztere, sowie gegen die Metritis und Endometritis richten. Kr.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.